

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

224

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

GAUTIER Michèle, née DAMERY

le 19 Août 1935, à PARIS 9°

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

1963

TROUBLES DU SOMMEIL PAR DYSHARMONIE D'ÉVOLUTION

Président : Mr. M. LELONG, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

VOL. 100, PART 1, 1970

CONTENTS

THE JOURNAL OF THE

ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1963

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

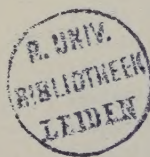
GAUTIER Michèle, née DAMERY

le 19 Août 1935, à PARIS 9°

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

TROUBLES DU SOMMEIL PAR DYSHARMONIE D'ÉVOLUTION



Président : Mr. M. LELONG, Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V°

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE
2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Mistologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicaux	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	CORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
Beaujon Cochin Hôtel-Dieu Pitié Saint-Antoine Salpêtrière Tenon	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
Boucicaut Broussais Cochin Cochin Hôtel-Dieu Lariboisière Pitié Saint-Antoine	SOULIÉ (P.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (G.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	GENNES (L. de)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DAVID (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	GARCIN (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	MERGER (R.)
	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MARIE (J.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DEGHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique	PADOVANI (P.)
Clinique traumatologique	DOMART (A.)
Séméiologie médicale	POILLEUX (F.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	COUVELAIRE (R.)
Clinique urologique (Necker)	TURPIN (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (G.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSE (F.)
Anatomie pathologique	CHOMETTE (G.) GUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DEROBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Obstétrique	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Ophtalmologie	

	MM.
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.) BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie chirurgicale	SCHNEIDER (J.)
Pathologie exotique	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pathologie expérimentale	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pathologie médicale	
Pédiatrie-Puériculture	

	MM.		MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.	Psychiatrie infantile	{ DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Pneumo phthisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)	Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
		Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
		Urologie	{ AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale	{ ABOLKER (P.) ANGLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique	SARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. — CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)	{ BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)	
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	{ M. le Docteur HAHN (A.)	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)	
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon mari,

A mes parents,

A ma famille,

A mes amis.

A Monsieur le Professeur Marcel LELONG

Professeur titulaire de la chaire de clinique
de Pédiatrie et Puériculture, à la faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital St. Vincent de PAUL,
Membre de l'académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur Clément LAUNAY

Médecin des hôpitaux,

Spécialiste de neuro-psychiatrie infantile à
l'hôpital Hérold,

qui a bien voulu guider mes premiers pas en
neuro-psychiatrie infantile, et m'a accueillie avec tant de
bienveillance à l'hôpital Hérold.

Il a eu la bonté de me faire participer activement à la
vie de son service.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde
reconnaissance et de ma très respectueuse admiration .

A Mademoiselle le docteur Alice DOUMIC

Ancienne interne des hôpitaux de Paris,

Ex-chef de clinique à la Faculté,

qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et a bien voulu me guider de ses précieux conseils
tout au long de sa réalisation.

Elle m'a initiée à la technique de l'entretien psychologique
et du contact avec les tout-petits.

Qu'elle trouve ici l'expression de ma
profonde gratitude et de mon très respectueux attachement.

A Madame le docteur Simone DAYMAS

Ancienne externe des hôpitaux de Paris,

qui a bien voulu m'accorder son
appui pour la réalisation de ce travail.

Qu'elle trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

I N T R O D U C T I O N

L'étude qui va suivre porte sur des cas particuliers de troubles du sommeil, survenant chez le jeune enfant au cours d'une dysharmonie d'évolution. Leur intérêt est directement lié à leur fréquence. L'âge d'élection de leur apparition se situe de 1 à 3 ans. Ces troubles apparaissent comme la conséquence d'un traumatisme ou d'une dysharmonie du lien affectif avec la mère.

Dans les trois premières années de la vie la croissance est particulièrement rapide et importante car chaque stade engage le suivant. Mais le rythme de la maturation est variable. Il est induit par la relation familiale et culturelle et essentiellement par la relation mère-enfant. "Toute expérience sensori-motrice va ainsi être intégrée progressivement avec le développement cortical et puis dans une relation affective réciproque mère-enfant." (Clément Launay) Enfin pour un même individu certaines acquisitions se font plus ou moins vite, d'où la possibilité d'une dysharmonie, fréquemment observée, entre l'évolution des différentes fonctions?

L'étude de la maturation nécessite que l'on considère l'enfant comme une unité. Cependant pour la clarté de notre étude nous avons choisi d'étudier successivement le développement moteur, intellectuel puis affectif de l'enfant normal.

Nous présenterons ensuite quelques observations de troubles du sommeil comportant une dysharmonie d'évolution.

Nous verrons enfin quel rôle peut jouer la psychothérapie dans le traitement de ces troubles.

L'enfant à la naissance se présente comme un être particulièrement immature dans tous les domaines.

Sur le plan de la motricité il a pourtant déjà un certain acquis. En effet motricité et réactions d'équilibre existent dès la 8ème semaine de la vie foetale. La motricité est la première manifestation du développement du foetus puisque les cellules musculaires sont les premières cellules fonctionnelles; et, si les premières réactions correspondent à l'activité de segments musculaires isolés, très vite ce sont des réactions organisées qui apparaissent. Dans un comportement d'abord total vont apparaître secondairement des comportements individualisés, des réflexes. Ces réflexes sont provoqués par une grande variété de stimuli et ils permettent l'adaptation à toutes les situations. Ces réflexes sont de trois sortes :

- réflexes d'attitude pour le maintien d'une attitude correcte,
- réflexes de redressement pour redonner une position correcte lorsqu'il y a eu écart,
- réflexes stato-cinétiques qui donnent la marche.

Au bout de 12 semaines de vie foetale le foetus est capable de se mouvoir et de percevoir des sensations tactiles au niveau des plantes et des paumes.

A 16 semaines il déglutit.

A 20 semaines les mouvements du foetus sont perçus par la mère.

A 24 semaines son appareil respiratoire s'est développé et il est capable d'un faible cri. A cette époque de la vie il " apprend à ouvrir les yeux " bien que " il n'est pas certain que le foetus dorme au 5ème mois ". (Gesell).

A cette période un rôle essentiel est alors dévolu au tonus musculaire qui, indépendamment de l'effort volontaire et activement, permet l'aptitude à la vie. "Le tonus organisé est la charpente vivante du mouvement volontaire et des actes d'attention". (Gesell) .

A 28 semaines le fœtus est viable. Il est alors dans un état permanent de torpeur et d'inaction qui fait qu'on ne sait s'il dort légèrement ou s'il est mal éveillé. Ses mouvements sont sporadiques mais très variés comme s'il "essayait" ses muscles pour tous les mouvements et mimiques futurs.

A 32 semaines il est capable de téter, et ce qui est très important c'est "la capacité d'état d'alerte vigile pour de brèves périodes. C'est le germe qui donnera le cycle complexe de la veille et du sommeil". (Gesell) . On peut considérer le fœtus à cet âge comme " un individu incontestablement assoupi". (Gesell) . A cette époque se situe l'apparition du "centre de l'éveil".

A 40 semaines le fœtus qui est mûr dort avec "plus de décision" et plus profondément et il est devenu plus difficile à éveiller. A cet âge il n'y a pas encore de frontières nettes entre le sommeil et l'alimentation et il peut s'endormir pendant le repas.

Chez le fœtus mûr on peut déjà distinguer les quatre phases distinctes d'une même fonction: la fonction veille-sommeil. Ce sont: l'endormissement, le sommeil, le réveil, le maintien éveillé. Cette fonction est intégrée à un niveau sous-cortical. Au cours du développement de l'enfant ces quatre phases vont se différencier et s'organiser ^{et} petit à petit le nouveau-né

sera capable de périodes de vigilance et d'attention.

" S'éveiller pour rencontrer le monde c'est venir dans le cycle de l'existence." (Gesell) .

Pendant la première semaine de la vie le nouveau-né est dans une période instable, de transition. Après le traumatisme de la naissance il faut que tous les mécanismes et métabolismes physiologiques se régularisent. Dès le début faim et sommeil se trouvent être en compétition.

Vers l'âge de une semaine la régularisation s'est opérée et l'enfant dort, sans différencier jour et nuit, en six phases pendant les vingt-quatre heures. Ce sommeil est peu profond. Il est constitué de petites phases successives d'assoupissement, sommeil, éveil, assoupissement etc..., ceci jusqu'à l'éveil définitif. Pendant le sommeil il y a alternativement repos et agitation. Lors de l'éveil l'enfant crie (exprimant faim ou malaise) .

A cet âge le tonus musculaire est bon, bien qu'inégalement réparti (tonus faible pour les muscles du cou). La fixation oculaire est très faible, la réaction au son mal définie. Mais l'enfant nouveau-né est content qu'on le porte; c'est un début de comportement social.

C'est ainsi équipé que l'enfant part dans la vie. Voyons maintenant quelles sont les grandes étapes de son développement moteur, en notant au passage ses principales acquisitions.

L'étude de l'activité et du sommeil sont intimement liées. En effet dans tout organisme il y a un rythme continu et alterné de repos et d'activité. Chez les animaux inférieurs

il n'y a pas de vrai sommeil mais une simple absence de mouvements (poissons).

Chez le fœtus, nous l'avons vu, le sommeil n'est pas structuré, il n'est pas différent de l'état de veille, il n'est qu'une cessation de l'activité, cessation causée par la fatigue des tissus neuro-musculaires. Puis apparaît la capacité d'éveil très faible et sporadique au début. L'alternance veille-sommeil est physiologique et d'abord indépendante du cycle diurne, La quantité journalière de sommeil passe de 19 heures par jour à la 4ème semaine à 13 heures par jour à la 40ème semaine. Il y a une tendance à l'unification: les périodes vigiles diminuent mais la vigilance augmente pendant ces périodes et l'enfant apprend et surtout "choisit" de rester éveillé parce que, pendant ces périodes vigiles, il peut exercer ses différentes facultés ce qui lui apporte des satisfactions.

Le rythme nycthéméral commence vers l'âge de 15 jours.

Il est plus net à 1 mois où l'on a deux grands blocs de sommeil et deux petits.

A 16 semaines existe un grand bloc semi-lunaire de 12 heures et deux petits de 1 à 2 heures.

A 1 an seule une petite zone de sommeil pendant la journée persiste.

A 4 ans le comportement est dit monophasique.

Pendant ces périodes de vigilance l'enfant va faire des acquisitions motrices continues qui serviront sa personnalité future mais qui sont aussi pour lui dans le présent un moyen de communication. Jusqu'à l'apparition du langage l'enfant exprime sa vie psychique par le mouvement.

Il y a trois formes à cette activité motrice:

- le mouvement passif ou exogène, c'est à dire dépendant de forces extérieures (telle la pesanteur), et nous avons vu que dans le domaine de l'équilibration les acquisitions sont très précoces et commencent dès la vie foetale.
- la locomotion et la préhension.
- les réactions posturales volontaires qui donneront les attitudes et les mimiques.

Les acquisitions se font dans le sens céphalo-caudal et l'enfant va d'abord contrôler les muscles de la face; le "sourire" n'est d'abord qu'une attitude motrice très précoce dès les premières semaines, parfois les premiers jours. La fixation oculaire apparaît à un mois, la poursuite quelques semaines plus tard.

Les muscles du cou puis du tronc sont ensuite maîtrisés. A 3 mois l'enfant tient sa tête, à 6 mois il se tient assis, à 8 , 9 mois il s'assied seul, à un an il se tient debout. Enfin le contrôle atteint les membres . La marche apparaît vers 13 , 14 mois. Très hésitante et malhabile lors des premiers pas qui se terminent souvent par une chute, elle devient vers 18 mois un automatisme bien réglé comprenant mouvements bien liés des membres inférieurs, attitude particulière (coudes au corps) des membres supérieurs et la course devient dès lors possible.

Parallèlement à la locomotion se développe la préhension. Elle est orale jusqu'à 3 mois. Vers 3 mois l'objet est saisi au contact. A 4 mois apparaît la préhension volontaire par empaument. Puis la préhension devient plus fine et se rapproche de plus en plus du bord radial de la main et, de

cubito-palmeaire qu'elle était au début, devient digito-digitale (pince pouce-index) à un an. C'est la préhension parfaite.

A u même âge apparait le relâchement volontaire qui est d'une importance extrême pour la suite de l'évolution de l'enfant car dès à présent il peut prendre et lâcher, il peut jeter les objets.

Toutes ces acquisitions vont permettre à l'enfant d'acquérir un schéma corporel. Or la représentation de son propre corps est un des éléments de base indispensable à la construction de la personnalité de l'enfant. Lorsque cette représentation est bien acquise elle permet à l'enfant de résister aux agressions et aux risques de désorganisation.

Qu'est ce exactement que le schéma corporel? Henri Wallon en donne la définition suivante: " Images plus ou moins latentes répondant aux différentes parties du corps, à leurs positions variables, à leurs déplacements et aussi à leur potentiel d'activité et d'attitude virtuelle " .

Pour Pick ce serait une combinaison d'images dans lesquelles les sensations cutanées, révélatrices de la vie organique, s'uniraient aux aspects visuels les représentant.

Pour Head c'est une " intuition d'ensemble " modifiée par chaque changement d'attitude (unification incessante des sensibilités organiques) .

Pour Schiler le schéma corporel est lié à l'activité motrice. Il ne se révèle que lorsqu'il y a mouvement. Les sensations kinesthésiques permettent de guider le corps sans le secours des yeux. Il y a un espace proprioceptif qui est celui du corps et qui est différent de l'espace extérieur. Enfin il

y a une droite et une gauche d'où la tonalité subjective des gestes.

Mais " la notion d'image du moi corporel n'est pas une donnée immédiate de notre conscience, mais s'édifie pièce à pièce tout au long des années de l'enfance " (Dr. Morvan) . Voyons de quelle manière va se faire cette "construction".

Chez le nourrisson les premiers mouvements sont liés à des manifestations organiques mais sont tout à fait incoordonnés. Puis, un jour, par hasard, la main se trouve dans le champ de la vision et l'on assiste alors au premier effort de connaissance lorsque les yeux se déplacent vers le membre supérieur qui bouge. On obtient alors la première coordination.

Vers l'âge de 4 mois l'enfant prend grand intérêt pour sa main et ses doigts. On a parfois noté qu'il y a un décalage dans la somatognosie pour les parties droites et gauches du corps et pour les parties supérieures et inférieures. Ceci est dû en partie à l'évolution de la myélinisation mais aussi au rôle primordial de la vue dans la connaissance de soi. Les espaces droits et gauches ne sont pas "homogènes",

l'axe médian du corps a une très grande importance.

A partir de cet âge de 4 mois l'enfant prend grand intérêt à se palper lui-même. C'est d'abord la bouche puis, trois à quatre semaines plus tard, la poitrine et vers 9 mois les cuisses et les pieds.

A 9 mois la motricité s'organise mais il y a encore confusion entre le moi et le non-moi et, lorsque l'enfant découvre un organe nouveau, il le traite d'abord comme un objet. Il faut attendre pour que cet organe soit intégré à l'image corporelle qu'il ait atteint le stade "instrumental".

De plus les références visuelles sont nécessaires pour que l'organe soit distingué des objets séparables du corps. Chez le jeune enfant entre le corps et l'espace extérieur se constitue sa " marge de sécurité " (Henri Wallon) . C'est l'espace gestuel de l'enfant, l'espace qu'il s'annexe pour le libre déroulement de ses mouvements. Si on viole cet espace on déclenche chez l'enfant une réaction de douleur comme si c'était son propre corps qui était atteint. D'une manière analogue certains objets extérieurs mais proches peuvent devenir des " appartenances ", c'est à dire en quelque sorte faisant partie du corps. Il en est de même pour les déchets, déjections corporelles que certains enfants (et même des adultes) considèrent comme des prolongements d'eux-mêmes.

Vers un an, lors des tentatives de marche, les chocs multiples que subit l'enfant vont l'aider à différencier sa sensibilité et l'objet extérieur heurté. Les sensations relatives à son corps prennent petit à petit une coloration affective et un caractère stable, familier, toujours répété qui les différencie des sensations venues du monde extérieur. A cet âge il connaît son corps comme objet lui appartenant mais ne sait pas encore projeter cette connaissance sur les autres et ne sait pas, par exemple, habiller une poupée.

Puis l'enfant va progressivement se projeter dans autrui. En même temps il a la sensation visuelle d'autrui (à qui il prête ses sensations kinesthésiques) et ainsi il prend peu à peu une conscience plus objective de lui-même. Il devient un homme par " le double reflet de soi en autrui et d'autrui dans sa propre personne " ceci au prix d'un échange continu (Henri Wallon) .

Si, à un an, il distingue une personne étrangère et son image dans un miroir, (car elles sont dans le même espace optique), il faut attendre 2 ans et même plus pour qu'il puisse s'attribuer à lui-même sa propre image; ceci à cause de la différence entre l'espace optique où est son image et l'espace subjectif de sa propre présence corporelle.

En résumé le schéma corporel s'édifie grâce à :

-- La répétition des sensations tactiles et douloureuses (à noter l'hypoosensibilité de l'enfant).

-- le rôle primordial de l'activité motrice et des sensations proprioceptives et arthrocinétiques. L'appréciation des données spatiales se fait empiriquement et aboutit à une connaissance implicite et non consciente et réfléchie.

-- Le rôle essentiel des représentations visuelles, l'image étant en quelque sorte la re-présentation de l'objet, la sensation étant une présentation.

-- Le rôle de la fonction motrice volontaire associant sensibilité, impressions sensorielles, et réactions musculaires.

-- Le rôle de l'appareil d'équilibration vestibulaire qui renseigne sur l'orientation subjective, la position par rapport aux objets, et permet l'orientation objective.

Au cours de toutes ces étapes et grâce à de multiples et continus enrichissements l'enfant finit par acquérir une "personnalité motrice" qui le caractérise en tant qu'individu. comme il va parallèlement acquérir une personnalité psychique intellectuelle et affective ainsi que nous allons le voir maintenant.

Dans le domaine de l'intelligence c'est l'apparition du langage qui va être le fait essentiel au cours des deux premières années de l'enfant.

Dès avant la naissance le mécanisme des sons vocaux est prêt à fonctionner, témoin en est le faible cri des enfants nés prématurément. Mais " Il est nécessaire d'avoir le stimulus d'un auditoire et d'un milieu social pour que le langage lui-même apparaisse " (Carmichael).

La première condition nécessaire à l'apparition du langage consiste en l'intégrité des appareils sensori-moteurs. Il faut que l'enfant soit capable d'émettre des sons et d'émouvoir tous les sons qui vont lui être proposés. Il faut par ailleurs qu'il ait une audition correcte et qu'il y ait possibilité de discrimination auditive. Peu de repères chez le jeune enfant permettent d'être renseigné sur ce dernier point. On constate seulement que peu à peu les réactions deviennent discriminatives à différents bruits et sons. Si le gazouillis qui s'observe au 1er ou 2ème mois ne nécessite pas de contrôle auditif (il existe chez les sourds) , progressivement des liaisons apparaissent entre les sensations auditives, musculaires et vibratoires et il y a des essais d'association, d'ajustement de ces sensations.

L'activité est en partie induite par le langage entendu: le gazouillis augmente quand on parle autour de l'enfant, surtout quand on s'adresse à lui dans un langage simplifié, monocorde, exorimant intérêt et tendresse. L'enfant "répond". Donc le facteur stimulant de l'environnement social est tout aussi important à l'acquisition du langage que l'intégrité des appareils sensori-moteurs.

Le premier cri à la naissance est uniquement physiologique. Les premières vocalisations sont réflexes et sans signification. Mais dès la 2ème semaine, et jusqu'à vers la 5ème semaine, le cri primitif peut exprimer le chagrin. Cependant les différents cris émis pour la faim, la douleur, etc...ne sont encore différenciables que par leur intensité.

Les consonnes postérieures qui apparaissent tôt seraient liées à des états agréables. (Pour Lewis elles seraient liées à la déglutition et à l'éruclation suivant le repas). Les sons plus antérieurs se rapprochent des futurs sons m, b, p et seraient liés à des états désagréables (en rapport avec les mouvements des lèvres précédant le repas).

Vers l'âge de 3 mois l'enfant en est au stade du gazouillis. A cette période il émet des sons dans un but ludique. Mais il y a déjà un début de communication avec l'entourage dont le langage nous l'avons vu, stimulé l'enfant. L'enfant émet à cette époque un très grand nombre de sons, simples d'abord puis graduellement plus complexes. Il est capable de prononcer beaucoup plus de sons que ce qui est descriptible par l'alphabet, ceci grâce à la très grande plasticité de ses organes vocaux.

Parmi tous ces sons qu'il prononce seront sélectionnés ceux qui font partie de la langue que l'enfant entend parler autour de lui. L'enfant en vient alors à répéter indéfiniment certaines syllabes, c'est l'apparition vers 6 mois de la période syllabique.

L'entourage va reprendre ces syllabes, les amplifier, leur donner une tonalité affective et vers 9 mois c'est "ma-ma, pa-pa, da-da, ta-ta, etc..." A cet âge l'enfant

répond à son mom.

Vers 10 à 14 mois apparait le premier mot prononcé intentionnellement (et non comme répétition de syllabes). C'est généralement une monosyllabe redoublée. Les premiers mots sont des mots-phrases utilisés par l'enfant à la place d'une phrase complète. Fortement chargés d'affectivité, ils expriment désirs, sentiments, besoins. Leur fonction de mot se forme à partir de leur fonction de phrase par un processus de limitation.

Puis l'enfant progressivement va apprendre le nom des objets usuels et la relation entre l'image et le nom.

Vers 15 mois il parle de lui-même en se nommant par son prénom. Il comprend et répond aux questions.

Dans la deuxième moitié de la 2ème année il demande le nom des objets en les montrant du doigt et en disant "ça?". Pour les enfants mettre un nom sur un objet la première fois qu'ils l'appréhendent leur permet de s'en souvenir mieux.

Vers 20 mois il associe des mots: "papa parti"; vers 2 ans c'est la première phrase. Puis le vocabulaire augmente; il nomme l'objet qu'on lui montre, puis devient capable aussi de désigner un objet sur une image.

A 3 ans c'est l'apparition du "je".

Il est à noter que le développement du vocabulaire, variable pour chaque enfant, suit cependant une même grande ligne: augmentation lente au début, puis très forte dans la période préscolaire, mais toujours avec un plateau lors de l'acquisition de la marche, comme si l'enfant concentrait toute son énergie sur un seul problème à la fois.

Au début le langage est égocentrique, c'est à dire que

l'enfant parle pour lui, par plaisir, sans se soucier de l'entourage, et il parle essentiellement de ce qui a pour lui un contenu émotionnel. Puis le langage devient plus social. La charge affective diminue, l'enfant comprend les ordres, répond et pose des questions. Le premier "pourquoi" apparaît vers 3 ans mais il est à ce stade plus affectif qu'intellectuel.

Il est à noter que plus le milieu social est d'un niveau élevé plus les enfants posent de questions; enfin que les enfants uniques posent plus de questions que les autres.

Le développement du langage est en rapport étroit avec le développement moteur. Nous avons vu déjà que les principales acquisitions motrices (marche, préhension volontaire) correspondent à des paliers dans les progrès du langage. D'autre part, le langage au début est toujours accompagné de gestes. Le langage gestuel peut même être tellement intense que l'apparition du langage parlé s'en trouve retardée, la famille se prêtant en quelque sorte au jeu de l'enfant et répondant à ses désirs exprimés par des gestes. Lorsque le langage parlé se précise les gestes diminuent.

Enfin vers le début de la 2ème année, lorsque le langage commence à apparaître, s'établit parallèlement la dominance latérale.

Le langage est intimement lié à l'intelligence. Les enfants déficients intellectuels sont toujours en retard pour parler. Les enfants qui parlent très tôt ont souvent un niveau intellectuel supérieur à la normale. Cependant il peut y avoir beaucoup de causes de retard de

langage et on peut voir un retard simple de langage chez un enfant ayant un bon quotient intellectuel.

Le langage enfin est très dépendant du milieu. Jouent un rôle pour son acquisition:

-- l'état socio-économique de la famille (rôle sur l'étendue et l'exactitude du vocabulaire et sur la construction des phrases);

-- les voyages, par l'élargissement du milieu et l'augmentation du vocabulaire qu'ils procurent;

-- l'âge des personnes qui entourent l'enfant. Par exemple l'enfant unique (surtout si c'est une fille car elle sera plus précoce), qui parle toujours avec des adultes, acquièrera rapidement un bon langage;

-- les naissances multiples qui modifient le milieu: le dernier-né d'une famille a un langage plus précoce que les autres car il est stimulé par ses aînés;

-- le bilinguisme qui " exige un certain degré de maturation mentale pour être maîtrisé " (Carmichaël) et qui est fréquemment une source de handicaps pour le jeune enfant.

Enfin il faut savoir que la maturation a un rôle capital et qu'à un certain stade les possibilités imitatives sont moins productives qu'un peu plus tard. Cette progression du langage doit toujours être respectée et on ne doit pas demander à un enfant plus qu'il ne peut à un âge donné. Nous verrons plus loin comment des troubles peuvent survenir lorsque cette règle n'est pas respectée.

Il nous reste enfin à étudier l'affectivité de l'enfant: son apparition, les conditions de son développement normal, les déviations pathologiques possibles.

L'enfant à la naissance est pratiquement dans le néant. A ce stade il n'y a pas de pensée, pas de représentations, pas de perceptions. Le nouveau-né est un être indifférencié, impuissant et isolé, pour qui le monde extérieur n'existe pas.

Divers facteurs vont le modeler. Ce seront d'abord des facteurs congénitaux qui sont d'une part l'outillage héréditaire (déterminisme des gènes et chromosomes), les influences intra-utérines pendant la gestation, extra-utérines pendant la parturition, d'autre part. Il y a pendant la grossesse des périodes de grande vulnérabilité aux facteurs extérieurs et, la nutrition, la taille du fœtus, comme sa réactivité à certains stimuli, peuvent en être affectées.

C'est ensuite le facteur "entourage". Pendant la phase utérine il y a parasitisme complet. Puis au cours de la première année on pourra parler de symbiose. Enfin par la suite les relations se hiérarchiseront. Qu'est-ce que l'entourage?

Pour un adulte il est divers et mouvant, constitué d'un très grand nombre de personnes, et il y a interaction entre l'adulte et son entourage. Pour l'enfant l'entourage est unique, il est constitué par la mère seule et encore au début ne la perçoit-il que comme faisant partie de ses besoins et de ses satisfactions, et non comme une personne différente de lui-même. C'est la " diade " mère-enfant et pendant un an environ l'enfant va vivre ainsi en vase clos. Il faut noter cependant, malgré cette intense "présence" maternelle que l'enfant

"sent" toujours une troisième présence, celle du père, et que la mère n'est jamais totalement discernable pour lui.

En dehors de ce système mère-enfant le nouveau-né n'existe pas. Si personne ne s'occupe de lui il meurt. On a pu dire que, dans les premiers jours de la vie, l'amour donne la vie, la haine donne la mort.

Les soins donnés par la mère (ou son substitut) vont permettre non seulement le développement physique et somatique de l'enfant, mais encore son éveil psychologique. Tout ce qu'il va acquérir dans cette première année ce sera par l'intermédiaire de la mère.

A la naissance, nous l'avons vu, l'enfant ne perçoit rien. Puis lorsque les stimuli sont trop forts ils dépassent le seuil de perception et le nourrisson réagit en manifestant du déplaisir qui se traduit par cris et agitation. Sa seule sensation véritable est celle du contact du sein, encore ne le perçoit-il que comme une partie de lui-même et non comme objet extérieur. A cette époque le contact avec le corps de la mère est essentiel. Ont une grande importance: la chaleur, le rythme des mouvements maternels, l'activité de la mère qui représente constamment un stimulus pour le nourrisson.

L'allaitement a aussi une très grande importance. C'est un don de la mère; il représente amour, sécurité, et abondance pour l'enfant. L'allaitement est une situation privilégiée mais dans tous les autres soins de la journée l'amour maternel peut également se manifester et l'enfant a besoin de tous ces stimuli, y compris la vue de la mère. La présence de la mère maintient et stimule la vie de l'enfant même pour

les fonctions végétatives. L'accouchement et l'allaitement sont des moments difficiles pour la mère qui doit accepter de se séparer de son enfant et non ressentir la séparation comme la perte d'une partie d'elle-même.

Vers la fin du 2ème mois l'enfant perçoit visuellement l'approche de l'être humain, puis, quelques semaines plus tard, le visage humain qui est le stimulus le plus fréquemment reçu par l'enfant au cours de ses premiers mois.

Avant trois mois il répond par un sourire au sourire de l'adulte vu de face et en mouvement. Ce sourire, dit d'association, est le premier comportement actif et social du nourrisson.

Vers 6 mois le contact avec la mère n'est plus passif mais actif: le bébé danse contre le corps de sa mère, en ne la perdant pas des yeux. Ce comportement est en quelque sorte une agression physique et l'attitude de la mère a alors une importance capitale. La manière, la liberté de tension avec lesquelles la mère accepte ses échanges réciproques, la façon dont elle y répond comptent beaucoup pour l'avenir psychologique du nourrisson. L'attitude inconsciente même de la mère est de la plus grande importance car, bien qu'inconsciente pour la mère, cette attitude est perçue par le nourrisson et il peut recevoir ainsi des stimuli agressifs. Ce que le nourrisson perçoit c'est " l'attitude affective " de la mère (Spitz) et c'est ce qui compte le plus pour lui, au début c'est tout ce qu'il perçoit.

Le lien mère-enfant est un lien dynamique et réciproque. Il y a différentes personnalités de mère mais il y a aussi toute une gamme de réponses affectives possibles chez une

même mère. Par ailleurs la personnalité de l'enfant influence cette gamme de réponses possibles de la mère et ainsi la mère enrichit son enfant mais ainsi celui-ci mûrit, stimule sa mère et l'enrichit à son tour. Le lien mère-enfant est toujours original et imprévisible. Ainsi une mère anxieuse qui aura un gros garçon plein de vie en sera réconfortée et stimulée et elle aura un lien de bonne qualité avec son fils. Au contraire une mère paraissant de bonne qualité mais qui aura un petit prématuré débile, sans force, tétant mal, réagissant peu aura beaucoup plus de difficultés à établir un bon lien avec lui et pourra devenir anxieuse à son tour.

Dans ce "climat affectif" les perceptions du nourrisson feront partie des domaines suivants: contact, position, équilibre, vibrations, rythme, température et probablement beaucoup d'autres dont, nous adultes, nous rendons à peine compte. Ce sont des perceptions d'ordre cénesthésique et il est probable que la femme enceinte et la mère qui nourrit "retrouvent" une sorte de capacité de perception d'ordre cénesthésique. (Spitz). Toute cette communication d'ordre exclusivement affectif entre mère et enfant se passe essentiellement dans l'inconscient et en tout cas reste très peu perçu de l'entourage du couple mère-enfant.

Tout ce qu'il y a de positif dans le domaine éducatif se fait spontanément, sans règles, avec amour. On a dit que la mère créait un "milieu de culture psychologique" favorable ou non au développement de l'enfant. (Foissin) . L'activité de l'enfant lui donne des satisfactions . Les activités qui ne lui donnent pas satisfaction sont rapidement abandonnées. Une mère maternelle et tendre provoquera

chez son bébé oelles de ces actions qui lui font plaisir. Ainsi si elle est une bonne mère toute l'activité du bébé sera pour lui source de plaisir.

A cette époque du début de la vie c'est là que croissance et modification des liens sont le plus rapide; et tous les jours le lien mère-enfant est un lien nouveau et enrichi. Si la mère a une bonne relation avec son enfant ce dynamisme aboutit à des acquisitions nouvelles chaque jour.

Si la relation est mauvaise, si la mère ne stimule pas son enfant et ne répond pas aux stimulations qu'elle reçoit de lui, il y a fixation à certains stades. Si la mère n'accepte pas le besoin de maturation des instincts agressifs de son enfant elle les prend pour un besoin de destruction et freine l'enfant dans ses activités physiques ou devient anxieuse. L'enfant ne peut alors progresser dans une bonne direction. Toute son énergie devient alors colères, destruction et l'apprentissage en est retardé. Des troubles du sommeil apparaissent souvent comme conséquence à ces premiers conflits.

Si la mère au contraire accepte bien la maturation, l'évolution de son enfant elle l'aide et celui-ci utilise alors son énergie agressive à des buts constructeurs (motilité corporelle puis relations sociales) dont il sera satisfait. Son moi en est alors renforcé.

Tout ceci ne signifie pas absence totale de contraintes, mais compréhension et autorité directrice de la part de l'adulte (insistons sur le fait que c'est surtout l'attitude inconsciente qui compte) .

En effet la frustration est nécessaire au développement psychologique normal de l'enfant. Plaisir et déplaisir sont

constamment intriqués au cours de son développement. Si l'une de ces deux catégories d'affects est absente il y a déséquilibre et le développement n'est plus harmonieux. La frustration permet à l'enfant de progresser. Nous en donnerons pour exemples:

- la frustration d'oxygène lors de l'asphyxie de la naissance qui provoque une modification de la circulation et la première respiration;
- les frustrations répétées de la faim et de la soif qui provoquent l'apparition de l'activité;
- la frustration du sevrage enfin qui permet à l'enfant de se séparer de sa mère.

Or toute l'évolution de l'enfant va n'être qu'une lente progression vers l'autonomie et pendant les deux premières années ce sera sa tâche essentielle que d'acquérir une "existence individuelle" une "séparation solide" d'avec la mère. (Spitz) .

Toute la première année de la vie de l'enfant est une période de rapides transformations pendant laquelle il est particulièrement sensible aux influences extérieures quelles qu'elles soient. Si ce qui pourrait être un gros traumatisme, pour l'adulte est parfois à peine ressenti par le petit enfant, certaines modifications minimales du milieu ou de l'entourage peuvent parfois être ressenties comme traumatisantes pour l'enfant petit et avoir ultérieurement une grande influence sur son comportement. Chez le nourrisson il n'existe pas encore de moi. Il en découle que les stimulations extérieures trop violentes peuvent être dangereuses car le nourrisson n'a pour se défendre que le seuil élevé de sa perception.

Si un stimulus est trop violent il force la barrière et la personnalité de l'enfant peut être atteinte .

Certaines périodes sont particulièrement vulnérables. Spitz a établi la notion "d'organiseurs" psychologiques comme il y a des organisateurs dans le domaine de l'embryologie. Leur importance vient, dit-il, de ce que lorsque l'enfant parvient à établir ces organisateurs le développement de sa personnalité peut se faire ensuite dans une direction normale. S'il ne parvient pas à les établir sa personnalité reste dans un état diffus, indifférencié, source ultérieure de déviations de la personnalité.

Le premier de ces organisateurs psychologiques est marqué par l'apparition du sourire social vers 3 mois.

Le deuxième se situe autour de 8 mois. C'est la réaction de déplaisir que l'on a appelée " l'angoisse des 8 mois " et que Spitz explique de la manière suivante. Cette réaction ne se produit qu'en présence d'un étranger et en l'absence de la mère. Lorsque l'enfant aperçoit l'étranger alors qu'il attend sa mère, qu'il a le sentiment de son absence, en présence de l'étranger il a la sensation de "non-identité" de l'étranger avec sa mère, ce qui aboutit pour lui à un sentiment d'angoisse et à des manifestations d'anxiété (cris, pleurs, etc...). Tout ceci indique un début de mémoire, de jugement et surtout le fait que l'enfant a établi une première relation objectale en prenant sa mère pour objet. Il commence donc à distinguer le moi et le non-moi, il est capable d'halluciner sa mère quand elle n'est pas là et à cet âge c'est très important.

Vers 10 , 12 mois il commence à faire montre de

manifestations à nuance affective: envie, jalousie, colère.
Puis c'est le début de l'identification par l'imitation.
L'identification est le premier pas qui va mener l'enfant
vers l'autonomie.

Lorsque l'enfant grandit et dépasse un an la communication
mère-enfant devient plus verbale; l'enfant devient plus actif
et la mère n'est plus seulement celle qui satisfait les désirs:
elle est maintenant forcée de limiter les initiatives de
l'enfant. Elle devient interdictrice. C'est la période des
commandements et des interdictions qui commence. S'il y a
trop d'interdictions l'enfant se sentira entravé de dangers.
Une anxiété génératrice de troubles du sommeil peut en
résulter. Si au contraire l'enfant ne reçoit pas assez
d'interdictions il est plongé dans un état d'insécurité qui
aboutit de même à l'anxiété et parfois aux troubles du sommeil.

A cette période commence aussi l'imitation. L'enfant qui
va voir sa mère faire un certain mouvement de tête en disant
"non, non, non," va l'imiter. C'est l'époque du "non" qui
représente une étape très importante pour l'enfant car, outre
que le "non" représente le premier concept abstrait de l'enfant,
c'est aussi le début de la communication verbale et c'est
surtout une nouvelle attitude possible de l'enfant: s'opposer,
se désoler. Cette opposition est parfois à l'origine de
troubles du sommeil, l'enfant "s'empêche" de s'endormir.

Franchi le cap de la 1ère année les acquisitions de l'enfant
vont rapidement augmenter, surtout à partir de 18, le mois
lors de l'apparition de la marche. La marche va lui permettre
de combiner espace et temps. Elle est le support essentiel
pour l'acquisition du sentiment de réalité. Elle permet à

l'enfant de nouvelles explorations sensorielles, une initiative accrue, un comportement plus extraverti. Sa connaissance du monde extérieur s'élargit.

Parallèlement la prise de conscience de son propre corps et des fonctions corporelles augmente.

Vers 1 an $\frac{1}{2}$ l'enfant va exprimer ses besoins d'excrétion. L'acquisition de la propreté est une étape très importante de la vie effective de l'enfant. Là encore l'attitude de la mère est extrêmement importante.

La plus grande partie de l'énergie vitale du nourrisson est utilisée dans la fonction digestive. Cette fonction digestive est pour le nourrisson son unique moyen d'expression entièrement libre, expression de caractère global. Si bien que l'on peut dire que dans les premiers mois de la vie l'excrétion est pour l'enfant plus qu'une fonction, c'est un comportement actif, c'est un mode d'expression, de communication avec sa mère. Si celle-ci est une bonne mère elle a une attitude permissive et satisfait aux nécessités de l'enfant. Sinon, si elle est contrainte et oppose restrictions et entraves au libre fonctionnement digestif du petit enfant, celui-ci en est globalement affecté; et ainsi est créé le risque qu'ultérieurement la personnalité toute entière de l'enfant soit atteinte par ce "coefficient restrictif" et qu'il manifeste plus tard inhibitions, anxiété, caractère rétréci, obséquieux. Le résultat parfois plus immédiat de cette attitude maternelle est l'opposition de l'enfant. Il se sentira coupable chaque fois qu'il est seul et doit affronter la réprobation maternelle ce qui peut entraîner de fréquents réveils nocturnes et une insécurité, une

anxiété diurnes.

Lorsque l'enfant a une parfaite maîtrise de la station assise, et seulement alors, on peut lui demander d'apprendre à contrôler ses sphincters. Mais cet apprentissage doit se faire dans le cadre des échanges mère-enfant. " L'apprentissage du contrôle sphinctérien est un des éléments dominants de la relation mère-enfant " (Clément Launay) . La mère doit recevoir comme un cadeau l'excrétion de son enfant qui ressentira la satisfaction de sa mère et apprendra à se plier aux règles qu'on lui impose par amour pour sa mère.

Dans le courant de cette 2ème année un autre élément très important va apparaître dans le domaine affectif de l'enfant. Il ne va plus vivre en vase clos, en symbiose, en dialogue constant avec sa mère, mais le personnage du père, que nous avons vu au début comme faisant en quelque sorte partie de la toile de fond, présent mais peu perçu, ce personnage va maintenant se préciser et prendre une place progressivement plus grande dans son univers.

Dès l'âge de 8 mois déjà l'enfant est capable de distinguer sa mère d'un étranger. Petit à petit il va prendre de mieux en mieux conscience du fait que, dans le cercle familial, en dehors de sa mère, il y a une troisième personne qui a droit elle aussi à l'attention et à l'amour de la mère. La présence et le rôle du père à cet âge préscolaire sont très importants.

Il représente pour l'enfant le personnage fort et rassurant qui le protège des dangers du monde extérieur, et en même temps l'autorité dont l'enfant a besoin absolument pour avoir une sensation de sécurité.

L'absence en effet de toute contrainte, par la trop grande liberté qu'elle laisse à l'enfant, aboutit chez celui-ci à l'insécurité, à un sentiment d'irréalité, et à une profonde anxiété. Il n'est pas rare que des troubles du sommeil en découlent.

Mais pour que le père puisse communiquer à son enfant confiance et sentiment de sécurité il faut qu'il ait lui-même confiance en lui et joie de vivre.

Le père obsessionnel et impulsif, comme le père passif et agressif sont nocifs pour l'enfant.

Le père coléreux et violent sera une mauvaise image d'identification pour le fils, qui risque de s'identifier plutôt à la mère.

Un excès de protection de la part du père aboutira à une agressivité accrue chez l'enfant.

Le père anxieux et coléreux, qui se sent coupable de ne pas savoir élever son fils sera souvent à l'origine de troubles du sommeil chez l'enfant.

Enfin l'absence du père est très néfaste pour l'enfant, qu'il s'agisse d'une absence physique (mort, voyage, guerre, etc...) ou qu'il s'agisse d'une " attitude négative " du père vis à vis de l'enfant c'est à dire un rejet, un désintérêt (exemple du père homme d'affaires très occupé qui se sent incapable d'être père) .

Vers l'âge de 3 ans, enfin, l'enfant entre dans ce que l'on appelle la période oedipienne .

Le rôle du père est alors tout à fait prépondérant.

S'il s'agit d'un garçon l'enfant qui a toujours aimé sa mère garde le même objet d'amour, mais en l'aimant

différemment. Il va vouloir la dominer, la posséder et le père est vu alors comme un rival qui lui "prend" sa mère, qui a des droits sur elle et à qui la mère accorde amour et reconnaissance.

Si le père se comporte d'une façon "paternelle", joue avec l'enfant, s'intéresse à ses problèmes et s'occupe de lui, petit à petit le garçon va être amené à désirer s'identifier à son père.

Pour la fille le problème est plus difficile puisque, attachée jusqu'alors à sa mère, elle va maintenant se tourner vers le père et délaisser sa mère. Elle va même la considérer comme une rivale et souvent la haïr.

C'est alors la mère qui a le rôle essentiel. Elle doit favoriser le rapprochement fille-père et éveiller l'attention du père. Cela se fera tout naturellement si elle a un bon lien avec son mari.

Par ailleurs elle doit essayer d'éveiller, de développer la féminité naissante de la fille. Pour cela tout dépendra de la manière dont elle-même a accepté sa propre féminité. Une mère très féminine encouragera et stimulera sa fille dans ce domaine.

Une mère qui a mal accepté sa féminité n'en supportera pas les premières manifestations chez sa fille et risque par son attitude de favoriser alors une identification au père dont justement la fille se rapproche.

Enfin si la mère est captatrice ou rejetante toute la situation oedipienne risque d'être perturbée.

A cette phase les enfants sont préoccupés de ce qui se passe entre les parents et fréquemment le sommeil

de l'enfant en est perturbé. Ils phantasmatisent la scène primaire en superposant toutes les images qu'ils ont recueillies par l'observation de l'attitude des parents entre eux ou des scènes de la rue.

Enfin pour l'enfant dans sa 2ème et surtout sa 3ème année tous les autres personnages du milieu familial vont jouer un rôle dans son développement affectif. Les frères et soeurs en particulier apprennent à l'enfant à vivre en société et surtout lui permettent de se mesurer avec quelqu'un à sa taille, alors que les parents sont très au-dessus de lui et parfois vus par l'enfant comme inaccessibles.

La place de l'enfant dans la fratrie a également de l'importance.

Vers 2 ans l'enfant devient conscient de la différence des sexes et cette connaissance nouvelle s'accompagne parfois d'anxiété qui peut être source de troubles du sommeil.

L'enfant unique pose des problèmes particuliers. Il est généralement l'objet d'un excès de soins de la part de toute la famille et cette hyperprotection est souvent à l'origine de troubles du sommeil. Enfin l'enfant unique est beaucoup moins adapté qu'un autre à la vie en société et plus qu'un autre il sera facilement désorienté lors de la mise à l'école; parfois même une tendance à la névrose apparaît car il n'a pas eu jusqu'alors l'habitude de voir ses désirs contrariés.

Pour que le développement affectif de l'enfant puisse se faire harmonieusement il faut enfin de la part des parents l'acceptation totale:

-- d'abord d'être Parents;

-- ensuite acceptation de leur enfant tel qu'il est et non tel qu'ils souhaiteraient le voir.

Certains parents, en effet, essaient de modeler l'enfant suivant une image idéale qu'ils ont formée et ceci est très néfaste.

Ils doivent comprendre que leur rôle est de permettre à l'enfant d'acquérir petit à petit son autonomie.

Il arrive fréquemment que le développement d'un enfant ne se fasse pas suivant les normes que nous venons d'exposer. Ou , plus exactement, si chaque fonction passe bien par les stades précités , l'évolution se fait à des vitesses différentes pour les différentes fonctions de l'individu. La croissance étant particulièrement rapide au cours de la 2ème et de la 3ème année les écarts s'accroissent rapidement. On peut ainsi trouver à un âge donné des fonctions qui sont à des stades différents de développement.

Il y a DYSHARMONIE entre l'évolution de ces différentes fonctions.

Le déséquilibre psychique créé alors s'extériorise par un symptôme pathologique somatique , qui est fréquemment un trouble du sommeil .

Nous allons présenter dans les pages suivantes douze observations de troubles du sommeil chez des enfants de 14 mois à 4 ans $\frac{1}{2}$.

Ces observations ont été recueillies dans le service du docteur Clément LAUNAY à l'hôpital HEROLD .

Les six premières observations concernent des troubles du sommeil en rapport avec un trouble de l'affectivité de l'enfant et plus précisément du lien mère-enfant:

- lien trop étroit et exclusif, dans les observations 1 et 2 ;
- lien de mauvaise qualité, dans les observations 3 et 4 ;
- lien insuffisamment formé, dans l'observation 5 ;
- absence totale de lien, dans l'observation 6 .

Nous verrons ensuite trois observations de troubles du sommeil en rapport avec un trouble du développement du langage:

- langage trop évolué et stimulation verbale excessive, dans l'observation 7 ;
- retard simple de langage, dans l'observation 8 ;
- langage encore à ses débuts, dans l'observation 9 .

Dans l'observation 10 nous verrons comment le déséquilibre affectif que peuvent créer des traumatismes physiques répétés ont pu aboutir à des troubles du sommeil.

Enfin les deux dernières observations concernent des enfants ayant subi une frustration dans plusieurs domaines à la fois:

- frustration sur le plan affectif et sur le plan du langage, dans l'observation 11 ;
- frustration globale avec retard affectif, moteur, et du langage, dans l'observation 12 .

OBSERVATION I

Josiane est une petite fille âgée de 14 mois lors de la première consultation où elle est amenée pour troubles du sommeil.

Née par forceps, au terme d'une grossesse normale, l'enfant crie de suite. Elle pèse 3,400 kg. C'est la deuxième enfant d'une famille de deux.

Le développement psycho-moteur est normal: premier sourire à 1 mois, se tient assise à 7 mois, fait les premiers pas à 14 mois, dit assez tôt les premiers mots et à 14 mois parle déjà beaucoup. Aucune propreté n'est encore acquise à cet âge.

Dès la naissance l'enfant pleure la nuit, et dès la naissance, pour empêcher les pleurs, la mère lui donne un biberon qui la calme. Dans la journée l'enfant dort une demi-heure vers midi.

Vers l'âge de 2 mois Josiane dort normalement la nuit, mais au bout de huit jours les cris reprennent et depuis l'âge de 3 mois elle se réveille et pleure chaque nuit.

Lorsqu'elle est âgée de 11 mois la mère excédée et épuisée par ses insomnies consulte un médecin qui note alors: "Enfant rachitique avec signes de spasmophilie: le sommeil est de une demi-heure dans la journée vers midi. La nuit l'endormissement est facile, mais l'enfant se réveille à

minuit et demande à boire. La mère se lève alors et lui donne un biberon de tilleul sucré; l'enfant s'assoupit au bout d'un demi-biberon, se rendort puis se réveille et tout recommence, jusqu'à dix fois par nuit, quelquefois, ce qui aboutit à l'absorption de deux à cinq biberons par nuit. Vers 5 heures du matin Josiane s'endort enfin".

Le médecin prescrit alors de nombreux calmants et hypnotiques qui ont pour effet d'allonger un peu la durée du sommeil diurne et de diminuer la fréquence des réveils nocturnes. Mais un mois plus tard, bien que l'enfant reste plus calme dans la journée, les troubles du sommeil réapparaissent la nuit.

Deux mois plus tard se situe la première consultation neuro-psychiatrique, à l'issue de laquelle l'hospitalisation est conseillée. La mère refuse et on ne la voit plus pendant deux mois.

Mais en avril 196..., à la suite de trois nuits consécutives d'insomnie presque totale, la mère à bout de forces amène l'enfant à l'hôpital où on la garde le 25 avril.

Josiane se présente alors comme un gros bébé pataud et coléreux, éveillé, bavarde, mais littéralement "collée" à sa mère. Elle hurle dès qu'on la sépare d'elle et la première journée et la première nuit à l'hôpital sont une épreuve pour les infirmières de la salle.

Le milieu familial se présente ainsi:

-- La mère, 25 ans, sans profession, ayant fait une tuberculose dans son enfance, est une jeune femme nerveuse, facilement déprimée (elle pleure lors des premiers entretiens). Elle paraît assez faible et fragile.

-- Le père, 26 ans, ouvrier spécialisé dans une usine, semble plus calme et équilibré.

Le jeune couple vit chez les grande-parents maternels.

-- La grand-mère maternelle est une femme très autoritaire qui dirige encore sa fille, laquelle ne l'a jamais quittée, et veut diriger l'éducation de sa petite-fille. Il en résulte ordres contradictoires et conflits continuels qui empêchent la mère d'élever son enfant à sa guise.

-- Le grand-père maternel travaille la nuit. Son travail l'oblige à se lever à 3 heures du matin. Il dort par conséquent dans la journée et n'accepte pas les cris de l'enfant qui le dérangent le jour et une partie de la nuit. De plus lorsqu'il s'en va travailler il doit, pour sortir, traverser la chambre des parents (dans laquelle couche également Josiane) .

-- une fille âgée de 18 mois de plus que Josiane complète la famille, mais à cause de l'exiguïté du logement familial elle est élevée à la campagne.

Au total très fâcheuse situation familiale dans laquelle la mère ayant un lien encore trop étroit et pas assez mûr avec sa propre mère ne peut avoir un lien satisfaisant avec son enfant. L'enfant n'a aucune autonomie, elle vit en complète symbiose avec sa mère qu'elle réclame à chaque instant, jour et nuit.

Le premier geste thérapeutique a été pour cet enfant la séparation d'avec le milieu familial, réalisée par l'hospitalisation, et destinée à établir un déconditionnement.

Dès l'arrivée dans le service l'enfant reçoit:

largactil: 6 gouttes par jour,

gardéнал: 0,02 grammes par jour.

La première nuit elle ne dort pas et pleure sans arrêt. Mais les nuits suivantes sont calmes et petit à petit l'enfant s'apaise.

Une psychothérapie est entreprise, parallèlement au traitement médicamenteux, et on peut progressivement supprimer le gardéнал puis le largactil.

Le 24 juin, soit après deux mois d'hospitalisation, l'enfant sort sans traitement alors qu'elle dort maintenant régulièrement.

Pendant trois semaines elle est suivie en psychothérapie ambulatoire. Puis c'est la période des vacances pendant laquelle on ne voit plus l'enfant.

Elle est revue en septembre en très bon état. Josiane dort bien, joue bien, est très autonome maintenant. La mère est plus détendue.

Revue une autre fois le 2 mars de l'année suivante Josiane se présente alors comme une enfant vigoureuse, très autonome, ayant un bon contact avec les objets. Les troubles du sommeil ont disparu.

Le 30 mars elle revient pour une rechute. La mère est alors gravement déprimée. L'interrogatoire révèle l'existence d'une mésentente conjugale suffisamment grave pour que la mère désire momentanément s'éloigner. Elle part alors en maison de repos avec ses enfants.

Depuis elle n'a pas donné de ~~ses~~ nouvelles.

OBSERVATION 2

Jean est amené à consulter à l'âge de 13 ans $\frac{1}{2}$ pour troubles du sommeil et caractère difficile.

Aîné d'une famille de deux, Jean est né en France. Il est élevé en France, chez les grands-parents maternels, par sa mère qui l'allaita, jusqu'à l'âge de 6 mois. Puis, le père étant militaire de carrière, mère et enfant vont le rejoindre au Togo en pleine brousse.

Jusqu'à l'âge de 2 ans rien n'est à signaler. Lorsque l'enfant a 2 ans se situe l'épisode suivant: une nuit, une très violente tornade arrache le toit de la maison où dort Jean. Peu de temps après apparaissent les troubles du sommeil que les parents relient à cet incident.

Quelques mois après la famille rentre en France. Mais l'enfant ne s'adapte pas à la vie de Paris et les troubles du sommeil augmentent; ils se présentent ainsi: endormissement facile et brutal mais réveil vers 21 heures ou 22 heures. Jean pleure, crie, exige la présence de sa mère, se rendort; puis se réveille, pleure, crie, etc... ceci jusqu'au matin.

Divers essais médicamenteux se soldent par un échec et c'est alors que les parents viennent demander conseil.

D'autant plus que le comportement actuel de Jean les inquiète. C'est un enfant anxieux, craintif, restant dans les jupes de sa mère. Il ne sait pas jouer seul mais supporte très mal les autres, aussi bien son frère de 18 mois, que ses camarades d'école, plus âgés, avec qui il est très agressif.

Lors de la première consultation Jean se présente physiquement comme un garçon de 6 ans bien qu'il n'ait que 3 ans $\frac{1}{2}$ (à noter que parents et grands-parents sont très grands) . D'aspect musclé, "costaud", d'attitude joviale et épanouie, il a avec l'adulte un bon contact apparemment dépourvu d'anxiété.

Le langage est également supérieur à celui de son âge: vocabulaire riche, phrases bien construites, grande facilité d'expression, voix forte et brutale.

L'intelligence est de bonne qualité avec une compréhension et un jugement supérieurs à son âge.

Sur le plan moteur il est vif, un peu brutal, capable cependant de manipulations délicates.

Sur le plan affectif, par contre, il est resté à un stade beaucoup plus infantile. Sur le plan physique on note encore chez lui des signes d'immaturité: ses traits font encore très "nourrisson" (visage lunaire, gros ventre...). Sur le plan du comportement il est complètement "collé" à sa mère, refuse de se séparer d'elle, se couche sur elle, la caresse.

Le milieu est le suivant:

-- La mère a une personnalité faible, passive, infantile. Très indécise et scrupuleuse, très influençable, craint toujours de mal faire. Dit elle-même qu'elle est dominée

par sa propre mère qu'elle n'ose contrarier. Elle est actuellement sous l'influence de sa belle-mère, à qui elle laisse le soin de prendre les initiatives, bien qu'elle ait des sentiments ambivalents à son égard.

Cette mère, débordée par ses enfants quand ils deviennent grands, est au contraire épanouie pendant ses grossesses et la période de l'allaitement. Actuellement enceinte de 6 mois elle craint beaucoup la réaction de Jean à cette naissance. Elle vit intensément sa grossesse actuelle et élabore des phantasmes autour de l'enfant à naître. Elle regrette la vie en Afrique, son rythme lent, et la simplification de beaucoup de problèmes de la vie courante par les domestiques.

-- Le père ne s'est jamais présenté, sous divers prétextes, ne se sentant pas impliqué dans le problème de son fils. A travers les dires de la mère il apparaît comme un homme très viril, actif et entreprenant, peu présent au foyer et s'occupant peu de ses enfants.

-- La grand-mère paternelle a une forte personnalité. C'est elle qui prend les décisions, en particulier celle de la consultation psychiatrique. C'est elle aussi qui, le plus souvent, amènera l'enfant aux séances de psychothérapie.

Intelligente, active, elle a eu sept enfants qui pour elle n'ont pas posé de problèmes. Intuitive elle sent bien qu'elle a une personnalité plus forte que sa belle-fille et essaie de ne pas la dominer. Elle reste cependant très ambivalente à son égard.

-- Un petit frère de 15 mois que Jean supporte mal et avec qui il est très brutal.

-- La future "petite soeur" , "Charlotte" , dont la mère parle sans arrêt et dont Jean nie la réalité.

--Le milieu du Togo:

Là-bas Jean vivait parmi les noirs. Seul enfant blanc il était un objet d'admiration et même de vénération de la part de ceux-ci. De plus par l'intermédiaire du boy noir de sa mère il a été très mêlé à leur vie quotidienne, pratiques, chants, etc... On comprend la brutalité et l'intensité du dépaysement qu'il a subi lorsqu'il s'est retrouvé à Paris à 3 ans , et la charge d'angoisse qui en est découlée.

On se trouve donc ici en présence d'un enfant très intelligent, très en avance sur le plan verbal et sur le plan moteur (taille et adresse sont supérieures à celles de son âge) .Tout ceci induit une attitude particulière de la famille qui ne le traite pas comme un enfant de 3 ans mais comme un enfant plus grand, plus mûr. Or justement sur le plan affectif il est très immature. Il a un lien très étroit avec sa mère dont il ne peut se séparer.

L'entrée dans le stade oedipien présente pour lui des difficultés qu'il ne parvient pas à résoudre car l'image paternelle lui apparaît si redoutable et forte qu'il préfère rester à un stade antérieur, rester "bébé", que d'affronter en compétition ce rival si puissant .

Sous traitement l'évolution a été la suivante:

Amélioration manifeste au bout de cinq séances de psychothérapie, sommeil meilleur, prise de distance vis à vis de la mère. Jean devient moins craintif, l'image du père devient plus positive et moins distante, l'enfant se rapproche de lui. Enfin vis à vis du frère on note une agressivité moindre et on peut conseiller la fréquentation scolaire à mi-temps.

OBSERVATION 3

Isabelle est vue pour la première fois en consultation à l'âge de 4 ans pour troubles du sommeil déjà anciens et phobies d'apparition récente.

Née au terme d'une grossesse ayant été marquée par une intervention pour polype au 3ème mois et par des vomissements très importants, Isabelle est la deuxième enfant d'une famille de deux filles qui ont 14 ans d'écart.

Le développement psycho-moteur est normal: elle parle tôt, est déjà propre à 8 mois, marche à 14 mois.

Mais dès l'âge de 7 mois apparaissent les troubles du sommeil: sommeil agité entrecoupé de plusieurs réveils nocturnes entraînant le lever de la mère qui vient bercer l'enfant.

A 18 mois l'insomnie est devenue très importante, au point que l'enfant réclame toujours la présence de l'adulte pour s'endormir. A cette époque divers essais médicamenteux ont lieu, sans succès.

Vers l'âge de 3 ans les réveils nocturnes sont moins fréquents, et à la période où elle est amenée à la consultation elle ne se réveille plus qu'une fois par nuit.

Cependant le sommeil est encore loin d'être normalisé et

de nombreux rites président toujours à son établissement: l'enfant est couchée à 21 heures mais exige d'être dans le lit de ses parents, avec l'un des deux parents couché à côté d'elle, pour s'endormir. Si ensuite elle se réveille lorsqu'elle a été mise dans son propre lit, elle exige pour se rendormir qu'on recommence la même scène. Elle n'accepte pas le noir complet et réclame une veilleuse qui doit rester allumée toute la nuit.

A noter enfin que Isabelle couche dans la même chambre que ses parents (alors que l'appartement comporte quatre pièces).

Son comportement, lorsqu'elle est vue pour la première fois est celui d'une petite fille intelligente (4 ans d'âge mental pour 4 ans d'âge réel au test de Borel), capricieuse, faisant de fréquentes colères lorsqu'on lui refuse quelque-chose (bien que les colères soient actuellement moins fréquentes que lorsqu'elle avait 2 ans).

Bien que peu affectueuse en apparence avec sa mère et sa soeur, alors qu'elle est très affectueuse avec son père, Isabelle reste trop "collée" à sa mère et n'a pas de contact véritable avec les enfants de son âge.

Enfin quinze jours avant cette consultation, à la suite d'une frayeur éprouvée à la vue d'un chat, l'enfant manifesté une véritable phobie des animaux. Elle se plaint également, de façon vague, de prurit et de picotements.

Le milieu se présente ainsi:

La mère est une femme de plus de 40 ans. Elle a eu cette enfant quatorze ans après une première fille issue d'une première union. Veuve, elle s'est remariée avec un

homme de 6 ans plus jeune qu'elle, père d'Isabelle.
C'est une femme "nerveuse", volubile. Elle travaille chez elle à des travaux de couture qui lui prennent tout son temps. Elle ne joue pas avec sa fille, dit qu'elle ne sait pas et qu'elle est trop vieille. Elle n'a pas un bon contact avec cette enfant de 4 ans. Elle semble d'ailleurs ennuyée d'avoir des problèmes à résoudre au sujet d'une si petite fille. Elle-même est très certainement "collée" à sa fille (la blottit contre elle pendant la consultation).

-- Le père, plus jeune donc que sa femme, est linotyoïste. Il est décrit comme coléreux, nerveux, impulsif, assez ferme cependant avec sa fille.

-- Une soeur de 18 ans, enfin, fille du premier mariage de la mère, complète la famille. Calme et douce elle est patiente avec sa soeur, mais lui cède tous ses caprices.

Au total on se trouve donc en présence d'une petite fille d'intelligence normale, ayant présenté un bon développement psycho-moteur avec langage précoce, mais qui dans le domaine affectif présente un retard considérable, dû en grande partie à la mauvaise qualité du lien mère-fille. Leur relation manque de "chaleur". La mère n'a pas un bon contact avec sa fille; elle a un contact pauvre, superficiel, verbal, rationalisateur, mais pas un contact affectif profond; et dans ce domaine l'enfant n'est pas stimulée. L'enfant n'a pas appris à "donner" dans le sens affectif du terme car elle n'a pas l'habitude de recevoir.

Le traitement conseillé a été le suivant:

- Mise à l'école.
- Faire coucher l'enfant seule dans une pièce, avec une lampe à côté d'elle.
- La mère essayera de jouer avec elle.
- Enfin, on envisagera une psychothérapie.

Pendant plus d'un an on est resté sans nouvelles d'Isabelle. Enfin, en réponse à une convocation, la mère a écrit pour dire qu'actuellement l'enfant va très bien, est calme dans la journée et dort toute la nuit, depuis l'installation récente et définitive de la famille en province.

OBSERVATION 4

Sophie est hospitalisée en novembre 196..., à l'âge de 2 ans $\frac{1}{2}$ pour troubles du sommeil et troubles du comportement à type d'opposition (colères violentes, refus alimentaires) .

Troisième enfant d'une famille de trois, Sophie ne présente aucun trouble particulier jusqu'à l'âge de 7 à 8 mois. A cet âge apparaissent les troubles du sommeil et les troubles de l'appétit.

Très vite la mère est débordée par cette enfant difficile et jusqu'à l'âge de 2 ans elle lui donne le biberon, la porte pour lui éviter de marcher.

L'enfant dort à cette époque dans la chambre de sa soeur.

Pendant les vacances de l'été 196..., alors qu'elle avait 2 ans et 3 mois, Sophie couche, de façon inhabituelle, dans la chambre des parents. Les troubles du sommeil deviennent à cette époque très intenses:

l'enfant refuse de se déshabiller, refuse de s'endormir, se promène toute la nuit, exprime constamment des désirs contradictoires, parfois ne dort pas du tout.

Les manifestations sont constantes et s'aggravent. Non seulement l'enfant refuse de se déshabiller et de dormir mais elle refuse également de manger (vomit si on la force) .

Sur le plan sphinctérien on note une très grande variabilité puisque les périodes d'incontinence totale alternent avec des périodes de rétention pendant 24 heures.

En octobre 1966... la famille est à bout de forces et l'enfant est placée dans une crèche, où elle reste pendant deux mois.

Pendant cette période sur le plan somatique elle se développe normalement, mais sur le plan psychique on constate une sorte de palier. L'enfant reste figée, ne joue pas. Elle dort bien cependant.

Pendant ce séjour en crèche les visites de la mère ne sont autorisées que brèves et peu fréquentes.

Lorsque l'enfant est rendue à la famille, au bout de deux mois, elle fait, dès la première nuit, des colères si violentes et refuse si obstinément de s'endormir que la mère l'emmène le lendemain en consultation à l'hôpital où elle entre aussitôt dans le service. Dans ce cas en effet la séparation graduée d'avec le milieu familial (visites fréquentes de la mère que l'on fait participer au traitement), et l'observation dans un service hospitalier spécialisé sont la phase préliminaire indispensable au déconditionnement que l'on souhaite obtenir.

A l'entrée l'enfant se présente comme une petite fille pâle, figée, au regard grave, avec une mimique rare et un profond aspect de désarroi.

L'enfant paraît intelligente, présente une avance verbale (elle a déjà la notion du "je") mais elle est anxieuse et phobique.

-- La mère est une femme intelligente , sérieuse, mais inhibée et craintive. Le comportement de sa fille provoque chez elle une anxiété très intense. Elle traite Sophie en bébé plus longtemps qu'elle ne l'a fait pour ses autres enfants.

-- Le père âgé de 38 ans est ajusteur. C'est un homme sérieux, très travailleur, très "moral" et qui sur ce plan exprime des reproches sur la conduite de ses camarades de travail (dont il n'est certainement pas très aimé) . Il a eu une enfance difficile et a été élevé par une veille nourrice. Il garde une certaine nostalgie de son enfance. Il aime le calme lorsqu'il rentre chez lui.

Il est très pessimiste au sujet de sa fille et considère qu'elle ne sera jamais normale.

-- Un frère de 8 ans $\frac{1}{2}$ et une soeur de 4 ans $\frac{1}{2}$ complètent la famille.

Tous deux très doués sur le plan intellectuel ils ne présentent pas de troubles du comportement. Ils s'entendent assez bien avec Sophie qui accepte de jouer avec eux surtout avec le frère.

Il s'agit donc ici d'une enfant intelligente, en avance sur le plan verbal, stimulée sur ce plan et sur un terrain de rationalisation, qui vit dans un milieu anxigène, obsessionnel et aux cadres rigides. Elle reçoit peu (insuffisamment en tout cas) de stimulations sur le plan affectif. Elle a de ce fait un mauvais lien

avec autrui. Elle n'a pas de lien avec les objets (ne joue pas) a un mauvais contact avec les personnes qui l'approchent et en tout premier lieu avec sa mère.

Au bout de deux semaines d'hospitalisation avec psychothérapie les troubles du sommeil et les troubles de l'appétit disparaissent.

On fait participer la mère à la psychothérapie, l'enfant arrive ainsi à avoir un bon contact avec sa mère puis avec les autres enfants , elle entre dans le groupe et joue.

OBSERVATION 5

Marc est amené à la consultation à l'âge de 2 ans $\frac{1}{2}$ pour troubles du sommeil .

Marc est un enfant unique, né dans des circonstances normales, au terme d'une grossesse normale et désirée.

La mère l'allaita pendant trois mois.

Le développement psycho-moteur est normal;

Il se tient assis à 5 mois , marche à 11 mois, dit les premiers mots à 11 mois , les premières phrases à 18 mois; à 27 mois la propreté est acquise.

A l'âge de 6 mois Marc est mis en nourrice et les parents le reprennent chaque week-end. La nourrice est une femme très nerveuse, s'occupant de quatre enfants. A chaque retour chez elle Marc pleure.

A l'âge de 18 mois l'enfant a la varicelle . A la suite de cette maladie les troubles du sommeil apparaissent, caractérisés par une excitation psycho-motrice avec agitation incessante, accès de colère, opposition, insomnies: Marc se réveille, se lève, marche dans l'appartement. Chez la nourrice on est obligé de rester des heures près de son lit.

Lorsqu'il est vu à la consultation le rythme nocturne est le suivant:

couché à 20 heures il se réveille à 2 ou 3 heures, essaye de

se lever, réveille sa mère, qui se lève et vient tricoter auprès du lit jusqu'à ce qu'il s'endorme. Le père ne se réveille pas !

Pendant les vacances d'été passées d'abord chez la grand-mère puis chez les parents, les troubles du sommeil disparaissent.

Depuis le début du mois où se situe cette consultation, l'enfant est gardé dans la journée par une nouvelle nourrice mais la mère le reprend chaque soir, et on constate déjà une nette amélioration.

-- La mère, 26 ans, mécanographe, est une femme anxieuse.

-- Le père, 32 ans, est agent technique dans la métallurgie.

Il s'agit donc d'un petit garçon tout à fait intelligent (3 ans d'âge mental au test de Borel pour un âge réel de 2 ans et 7 mois) mais qui présente une excitation psychique "à vide" par absence de lien avec la mère dont il est frustré par ses séjours en nourrice. Cette excitation a déclenché et entretenu les troubles du sommeil.

Une psychothérapie est conseillée. Mais on se heurte à des difficultés matérielles du fait de l'éloignement de la famille qui habite en banlieue.

On prescrit donc des sédatifs en attendant de revoir l'enfant. Trois mois après cette première consultation il n'a pas encore été revu. En septembre 1962 il ne répond pas à une convocation.

OBSERVATION 6

Frédéric est âgé de 21 mois lorsqu'il est vu à la consultation pour troubles du sommeil et agitation.

Né au terme d'une grossesse normale c'est le deuxième enfant d'une famille de deux.

Il marche à 15 mois, dit quelques mots à 21 mois .
On ne retrouve pas d'antécédents pathologiques notables et son développement s'est effectué normalement jusqu'à il y a deux mois.

Deux mois avant la première consultation, et depuis, l'enfant présente dans la journée les troubles suivants : colères, opposition, ne supporte aucun refus, fait des caprices alimentaires avec rejets, et réclame le biberon pour être nourri.
Il se trouve donc dans une situation de régression au niveau de 8 mois environ.

Les troubles du sommeil se présentent ainsi:
Frédéric ne s'endort plus spontanément le soir. Quand il s'endort c'est pour quelques heures, puis il se réveille et ne se rendort plus. Parfois il pleure et crie , parfois il joue.
Il couche dans la chambre de ses parents , le berceau contre la fenêtre.

--La mère est fille unique (du fait du décès des autres enfants), née de parents âgés.

Très gâtée et hyperprotégée dans sa jeunesse, elle a eu une scolarité difficile.

Elle s'est mariée à 19 ans avec un homme de 30 ans, et depuis le couple vit avec deux enfants chez les grands-parents maternels.

Après la naissance de Frédéric la mère a fait un épisode dépressif de six mois, avec pensées tournées vers la mort. Elle ne s'occupait pas de l'enfant. Elle n'a commencé à le regarder qu'au bout de six mois!

Par conséquent l'enfant a été élevé par la grand-mère maternelle. La mère le rejette c'est l'enfant de sa mère.

On est donc ici en présence d'un enfant tout à fait normal mais présentant une excitation psychique par absence de lien avec une mère mélancolique.

OBSERVATION 7

André est amené à la consultation à l'âge de 4 ans 4 mois pour troubles du sommeil.

Il est l'aîné d'une famille de deux, né au terme d'une grossesse marquée surtout par l'anxiété maternelle. Les circonstances de la naissance sont normales (accouchement normal, crie de suite, poids de naissance 3 kg).

Le développement psycho-moteur est normal: le premier sourire apparaît à 6 semaines, il marche seul à 15 mois, la propreté est acquise à 13 mois, la parole à 2 ans.

Jusqu'à l'âge de 7 mois l'enfant grandit sans histoire, André est un enfant de comportement facile, qui dort bien.

A 7 mois il commence à se réveiller la nuit en criant. Les parents se lèvent pour le calmer. Mais l'enfant s'endort difficilement, se retourne sans arrêt, et actuellement appelle continuellement sa mère sous différents prétextes.

Pendant trois ou quatre mois les parents ont essayé de le prendre dans leur chambre, sans résultat.

Actuellement couché à 19 heures il s'endort à 20 heures 30 quand son père est rentré. Il dit d'ailleurs souvent: "moi attends Papa". Il se réveille vers minuit, appelle, pousse des cris, se rendort, recommence un quart d'heure plus tard. Ceci dure jusqu'au matin. Son sommeil est très agité.

Parfois il a des peurs irraisonnées. Les parents ont couché plusieurs fois dans son lit pour essayer de le rassurer. Pendant trois nuits ils ont même essayé de le laisser crier mais ils ont dû abandonner cette méthode à cause des protestations des voisins! Les peurs nocturnes paraissent s'apaiser depuis que son frère couche dans la même chambre que lui.

André a reçu beaucoup de calmants, de douceur, de fessées, tout ceci sans résultat. A 5 heures $\frac{1}{2}$ le matin il s'éveille; aussitôt parfaitement réveillé il est d'emblée très dynamique.

Depuis toujours il fait deux heures à deux heures et demie de sieste chaque jour, et la mère a remarqué qu'il dort encore moins bien la nuit s'il ne fait pas la sieste dans la journée.

Dans la journée c'est un enfant facile, très éveillé, très actif, ingénieux même, s'intéressant à tout, pas encore très bien latéralisé. Il est impatient et coléreux mais très affectueux et très sensible dit la mère.

Très sociable avec les enfants de son âge il joue également avec son petit frère de 11 mois et aide à s'en occuper.

L'appétit est mauvais et les repas sont des drames, dominés par les supplications maternelles.

En vacances il mange bien mais dort mal. Il a passé dix jours chez les grands-parents et le sommeil n'a pas été modifié par ce changement de milieu.

-- Le père est un homme de 40 ans, journaliste, profession dont il ne semble pas très satisfait d'ailleurs car elle est socialement inférieure à celle qu'exerçait son père (médecin connu). Il rationalise beaucoup et parle à l'enfant comme à un être plus âgé. André semble le craindre et l'admirer beaucoup.

- La mère a 32 ans; elle aussi rationalise beaucoup.
- Le petit frère de 11 mois est un enfant très calme , qui dort bien.
- Les grands-parents paternels enfin semblent gâter beaucoup l'enfant qui est un peu le centre de cette famille.

André est donc un petit garçon intelligent et de bonne qualité affective, mais qui reçoit une forte stimulation sur le plan verbal et intellectuel. Le langage, l'attitude des parents envers lui, du père surtout, place l'enfant devant une pensée trop élaborée pour son âge. Il en conçoit une certaine anxiété et la conscience de son impuissance qui lui font rechercher constamment un contact avec autrui, en particulier avec son père qu'il admire. Cette recherche se traduit par une hyperactivité et une excitation psychique. Cette excitation entraîne les troubles du sommeil.

Le traitement conseillé a été le suivant;

- Nembutal ou Largactil.
- Envisager une psychothérapie.
- Montrer le problème aux parents et en particulier faire comprendre au père que, probablement pour des raisons personnelles, il s'identifie trop à son fils et veut trop vite le tirer à lui au lieu d'essayer de se mettre à son niveau; lui faire admettre qu'il ne doit pas "raisonner" avec un enfant de 4 ans et qu'il doit adopter un langage plus simple.

OBSERVATION 8

Bruno est amené à la consultation à l'âge de 3 ans pour troubles du langage et langage gestuel.

Bruno est un enfant adopté à l'âge de 8 mois. On ne sait rien sur sa toute première enfance qu'il a passée dans une oeuvre d'adoption.

Au début de l'adoption les parents adoptifs vivaient avec les grands-parents maternels. Au bout de six mois les grands-parents sont partis.

L'enfant est alors gardé dans la journée par une voisine qui a elle-même des enfants (4 ans et quelques mois). Bruno s'adapte mal à cette nouvelle situation. Il est jaloux et agité.

Au bout de six mois il part à la campagne chez les grands-parents. Là il s'adapte fort bien. Actuellement il passe la journée avec les grands-parents.

C'est un enfant gai, dynamique, hyperactif, qui joue très bien. Affectueux avec sa famille, sociable avec les autres enfants, il fait parfois cependant de violentes colères.

Dès le début un retard avait été noté. Quand les parents l'ont adopté il avait 8 mois mais ne buvait que du lait, se tenait à peine assis. Il a marché à 14 mois et c'est à 14 mois aussi qu'il a dit ses premiers mots. Mais depuis il n'a fait que peu de progrès et ne dit que quelques mots. Par contre il utilise un langage gestuel très important.

Son intelligence est sensiblement normale (2 ans $\frac{1}{2}$ d'âge mental pour 3 ans d'âge réel au test de Borel) .

On a avec lui un bon contact, il est vif, très curieux.

L'appétit est bon.

Seule ombre au tableau les troubles du sommeil, qui ont toujours existé (aussi bien chez les parents que chez les grands-parents) et qui se présentent actuellement de la façon suivante :

L'endormissement est difficile, couché à 21 heures 30 il ne s'endort qu'une heure ou une heure et demie après (il joue). Il réclame de la lumière pour s'endormir. La nuit il se réveille, pleure, la mère lui dit de se taire. Il se tait, mais recommence bientôt. Si on lui allume la lumière, comme il le réclame, il se rendort.

L'enfant dort dans la chambre de ses parents.

Enfin dans la journée il ne fait pas de sieste.

Au moment où l'on voit l'enfant les troubles semblent s'être un peu améliorés.

Le milieu familial semble bon:

-- La mère âgée de 38 ans est employée de bureau. Mais elle a compris d'instinct qu'il lui fallait créer un lien avec son enfant et pendant un an et demi après l'adoption elle a cessé son travail.

C'est une femme anxieuse mais non hyperprotectrice et qui semble avoir une bonne attitude éducatrice. Elle a su graduer la séparation d'avec son fils.

-- Le père, 35 ans, est ingénieur.

En somme Bruno est un petit garçon d'intelligence sensiblement normale, vivant dans une bonne atmosphère affective, mais présentant un certain retard sur le plan du langage. Par compensation l'enfant est hyperactif et essaie par ce moyen de créer des liens qu'il ne peut obtenir sur le plan verbal. Cette hyperactivité diurne est la cause immédiate des troubles du sommeil.

L'enfant est suivi quelque temps en psychothérapie pendant laquelle on note au début: enfant intelligent, coopérant, mais ne fait pas l'effort de parler, se fait comprendre par gestes. Au bout de quelques séances on peut noter une bonne évolution du langage, quoique assez lente.

Mais la psychothérapie est stoppée par le départ de l'enfant chez la grand-mère en province. On conseille alors la mise au jardin d'enfants, deux à trois heures par jour pour commencer.

Des lettres ultérieures des parents font état de progrès certains.

OBSERVATION 9

Christophe est amené en consultation pour insomnie dès l'âge de 14 mois.

Deuxième enfant d'une famille de deux, il est né au terme d'une grossesse difficile marquée par une pneumopathie grippale au 3ème mois avec phlébite au décours, ayant entraîné une fatigue importante et nécessité une hospitalisation de cinq semaines. La mère, extrêmement anxieuse, craint un retentissement de sa maladie sur l'évolution de la grossesse.

L'accouchement cependant est très facile. L'enfant qui pèse 3,800 kg crie de suite. Il est un peu cyanosé cependant et son état réclame oxygène et réanimation.

La développement psycho-moteur est normal: il marche à 11 mois, dit quelques mots à 14 mois, à la même période la propreté est acquise.

Dans les antécédents pathologiques on note seulement otites et adénoïdectomie.

Dès les premiers mois de la vie le sommeil nocturne se révèle mauvais. Le sommeil diurne est plus entrecoupé que le sommeil nocturne.

Lorsqu'on voit l'enfant pour la première fois les troubles du sommeil se présentent ainsi:

Il reste éveillé de longs moments pleurant jusqu'au retour du sommeil. Parfois il se rendort facilement. Parfois il se

réveille cinq à six fois par nuit.

Il dort dans la même chambre que sa soeur, dans la pièce voisine de la chambre des parents. Il se calme lorsque la mère le prend dans son lit, ce qu'elle fait le moins souvent possible.

Dans la journée Christophe est un enfant hyperactif qui grimpe partout, ouvre et vide tous les placards.

Le milieu familial semble bon:

-- La mère, 30 ans, était secrétaire mais a arrêté son travail depuis la grossesse et ne le regrette pas.

-- Le père, 38 ans est ouvrier métallurgiste.

-- Une soeur de 8 ans est très heureuse de la naissance de son petit frère et s'en occupe beaucoup.

En conclusion il s'agit d'un enfant vif, gai, hyperactif, tout à fait normal, mais épuisant pour sa mère par son incessant besoin d'activité. Il aurait certainement besoin de dépenser ses forces dans un jardin.

Il est probable que l'insomnie s'améliorera d'elle-même lorsque l'enfant aura acquis le langage et sera assez grand pour avoir une autonomie lui permettant d'exercer ses forces à loisir.

OBSERVATIONS

Eric est vu à l'âge de 19 mois pour troubles du sommeil et difficultés alimentaires.

Eric est un enfant unique né au terme d'une grossesse normale (crie de suite, poids de naissance 3 kg) . Jusqu'à l'âge de 11 mois il ne pose pas de problème particulier.

Lorsque l'enfant a 11 mois la mère reprend son travail, et pendant la journée l'enfant est gardé par des voisins qui s'occupent beaucoup de lui et le gâtent excessivement. Ceci dure un mois et demi.

Puis Eric fait successivement angines, bronchites, otites, toxicose avec épisode pulmonaire aigu nécessitant huit jours d'hospitalisation. A la suite de tout ceci la mère reprend Eric à la maison et pendant un mois tout va bien, il est calme.

A 13 mois $\frac{1}{2}$ il se met à vomir une puis deux fois par jour, puis après chaque repas, sans pourtant que la mère le force à manger. Ceci dure cinq à six semaines.

A 14 mois $\frac{1}{2}$ il subit une adénoïdectomie. Dans les trois semaines qui suivent cette intervention quelques troubles du sommeil apparaissent.

Puis tout va bien jusqu'à 17 mois, en dehors de quelques colères diurnes, mais le sommeil est bon.

A cette époque toute la famille part en vacances en Normandie.

Tout le monde couche dans la même pièce. Eric devient très turbulent, fait des caprices alimentaires, ne dort plus.

Lorsque l'enfant est vu à la consultation les troubles du sommeil se présentent ainsi:

L'endormissement est long et nécessite la présence, dans la pièce, de la mère qui lit. L'enfant réclame une lampe de chevet allumée. La nuit il se réveille fréquemment vers 2 heures en hurlant. Le matin il se réveille vers 7 heures.

Le comportement diurne est dominé par des cris dès que la mère n'est pas totalement disponible pour Eric.

Le milieu familial semble assez équilibré:

- Le père a 30 ans,
- la mère, 29 ans; elle fait bonne impression, n'est pas névrosée, n'est pas anxieuse. Elle ne prend pas l'enfant dans son lit la nuit mais le calme seulement de la voix. Elle donne une impression de bon équilibre mental.

En résumé, il s'agit d'un petit garçon qui, au cours d'un développement qui s'annonçait comme normal, a subi une succession de traumatismes d'ordre physique. Il en est résulté, surtout depuis l'intervention chirurgicale, une anxiété, et une fixation excessive à la mère, qui ont conditionné l'apparition des troubles du sommeil.

Le traitement conseillé a été le suivant:

- Médication calmante le soir (Equanil) .
- Mise à la crèche dans la journée .

OBSERVATION II

Yves est amené à consulter à l'âge de 2 ans $\frac{1}{2}$ pour troubles du sommeil d'apparition récente.

C'est le troisième enfant d'une famille de trois, né au terme d'une grossesse normale mais non désirée. La mère ne pouvait pas avoir d'enfant ; elle a eu une intervention sur utérus collabé et ne pensait pas avoir cette troisième grossesse. Elle choisit l'allaitement artificiel.

Jusqu'à l'âge d'un an rien n'est à signaler dans le comportement d'Yves. Depuis l'âge d'un an il est devenu très autoritaire, agressif avec les autres enfants. Il mange bien mais avec sa mère seulement.

En fait c'est un enfant surtout élevé par des bonnes, trois successives, toutes anglaises ne parlant pas français. La mère se désintéresse de son fils pour se consacrer à l'éducation de sa fille aînée.

A noter que dans sa petite enfance Yves se balançait beaucoup.

Deux mois avant la première consultation les troubles du sommeil font leur apparition:

Yves pleure la nuit, le père se lève, l'enfant se rendort et tout recommence; jusqu'au moment où l'enfant en vient à pleurer la nuit entière et le père à se promener la nuit dans les rues de Paris!

Lorsque l'enfant est vu pour la première fois on est en présence d'un petit garçon de très bonne qualité, intelligent, ayant un bon instinct, très viril. Il n'a pas encore de langage.

-- La mère se présente comme une femme rigide, obsessionnelle, très interdictrice. Elle ne permet aucun désordre, aucune agressivité, aucune manifestation de virilité (pas de jeux de garçon). Elle n'a pas désiré ce troisième enfant. Or pour la première fois elle est en présence d'un enfant de bonne qualité;

-- la fille aînée, 12 ans, elle l'a rendue obsessionnelle;

-- le garçon de 8 ans $\frac{1}{2}$ elle l'a empêché de devenir viril.

-- Le père a un métier important, lourd de responsabilités. Il est plus maternel que sa femme, c'est lui qui se lève la nuit quand l'enfant pleure.

En résumé il s'agit d'un enfant tout à fait intelligent et de bonne qualité mais qui ne supporte pas les frustrations dont il est constamment l'objet: sur le plan de l'instinct et de l'affectivité de la part de sa mère; sur le plan du langage de la part des bonnes, anglaises.

L'absence de lien avec sa mère et le manque de moyen d'expression (par retard du langage) sont les deux facteurs qui contribuent le plus à créer une excitation psychique laquelle entraîne les troubles du sommeil.

L'enfant a été pris en psychothérapie. Dix séances ont amené une guérison complète.

OBSERVATION 12

Brigitte, lorsqu'elle est vue pour la première fois à l'âge de 22 mois, présente à la fois de gros troubles du sommeil et de l'appétit.

Deuxième enfant d'une famille de deux, Brigitte n'a donné aucune difficulté jusqu'à l'âge de 5 mois.

A cette époque elle présente des troubles digestifs importants qui amènent la mère à lui donner des purées très liquides.

De cette période date également l'apparition des troubles du sommeil. Les troubles vont en s'aggravant ensuite et lorsqu'on la voit à 22 mois ils se présentent ainsi:

Sur le plan de l'alimentation: elle n'absorbe que des liquides, refuse tout ce que lui donne sa mère, refuse de manger à l'heure des repas mais vole de la nourriture entre les repas.

Sur le plan du sommeil: on la couche, elle se réveille, la mère se lève, l'attache dans son lit; la mère dort à peine et tout se termine par une fessée. La sieste se déroule de la même manière.

L'essai de faire coucher Brigitte dans une pièce éloignée en la laissant crier (boules Quiès pour les parents!) s'est soldé par un échec, et c'est le père qui décide la consultation.

Lors de la première entrevue Brigitte se présente comme une petite fille maigre, en mauvais état général, triste, paraissant très anxieuse, déprimée. Elle se tient comme une

poupée, phobique, inactive, elle ne touche à rien, tourne en rond et fatiguée s'assied. Très figée et distante elle n'a aucun contact avec les objets. Elle n'a pas de langage et présente beaucoup de rites.

Elle est très bien habillée, mais porte une bambinette dans la journée car elle n'est pas propre et la mère craint pour ses tapis.

-- La mère est une femme très repliée sur elle-même, solitaire, déprimée, ayant des sensations d'éloignement. Très narcissique, elle est frustrante au maximum pour sa fille, avec qui elle n'a pas de lien valable. (mange le gâteau destiné à l'enfant, lors d'une consultation) .

-- Le père, ancien déporté, absent de la maison la majeure partie du temps, même le dimanche, est très hostile à toute thérapeutique psychiatrique et même à toute entrevue.

-- Un frère de 10 ans complète la famille.

Il s'agit donc ici d'un retard global du langage, de la motricité, de l'affectivité, de l'éducation sphinctérienne, en rapport avec une intense frustration maternelle. Cette mère frustrante et narcissique est cause d'une fixation du développement de Brigitte à un stade très infantile. Mais Brigitte a une personnalité forte avec phénomènes d'opposition à la mère. Le lien mère-fille est très mauvais.

L'enfant a été prise en psychothérapie qui a duré très longtemps, s'étendant sur près de neuf mois.

Les progrès sont apparus petit à petit dans tous les domaines, activité, langage, contrôle sphinctérien, relation avec les objets.

Malheureusement la mère nie toutes les acquisitions de sa fille qu'elle accuse de " faire ça pour l'embêter " et elle dit que " c'est toujours pareil " .

poupée, phobique, inactive, elle ne touche à rien, tourne en rond et fatiguée s'assied. Très figée et distante elle n'a aucun contact avec les objets. Elle n'a pas de langage et présente beaucoup de rites.

Elle est très bien habillée, mais porte une bambinette dans la journée car elle n'est pas propre et la mère craint pour ses tapis.

-- La mère est une femme très repliée sur elle-même, solitaire, déprimée, ayant des sensations d'éloignement. Très narcissique, elle est frustrante au maximum pour sa fille, avec qui elle n'a pas de lien valable. (mange le gâteau destiné à l'enfant, lors d'une consultation) .

-- Le père, ancien déporté, absent de la maison la majeure partie du temps, même le dimanche, est très hostile à toute thérapeutique psychiatrique et même à toute entrevue.

-- Un frère de 10 ans complète la famille.

Il s'agit donc ici d'un retard global du langage, de la motricité, de l'affectivité, de l'éducation sphinctérienne, en rapport avec une intense frustration maternelle. Cette mère frustrante et narcissique est cause d'une fixation du développement de Brigitte à un stade très infantile. Mais Brigitte a une personnalité forte avec phénomènes d'opposition à la mère. Le lien mère-fille est très mauvais.

L'enfant a été prise en psychothérapie qui a duré très longtemps, s'étendant sur près de neuf mois.

Les progrès sont apparus petit à petit dans tous les domaines, activité, langage, contrôle sphinctérien, relation avec les objets.

Malheureusement la mère nie toutes les acquisitions de sa fille qu'elle accuse de " faire ça pour l'embêter " et elle dit que " c'est toujours pareil " .

. Il est à noter que sur ces douze enfants ayant présenté des troubles du sommeil les manifestations pathologiques ont débuté chez trois d'entre eux à l'âge de 7 ou 8 mois, période très importante nous l'avons vu dans le développement affectif de l'enfant, et correspondant à ce que l'on appelle: " l'angoisse des 8 mois " .

Devant ces enfants atteints de troubles du sommeil quelle attitude adopter, quelle thérapeutique choisir?

Un traitement médicamenteux sédatif peut être utile au départ, mais l'essentiel sera la rééducation psychothérapique qui visera à la réinstallation d'un sommeil normal à travers l'établissement d'une veille plus " harmonieuse " mieux "équilibrée " .

Dans ce domaine la thérapeutique commence dès le premier contact avec les parents, avec la mère surtout. " Le traitement fondamental aura pour objet de rétablir l'harmonie du lien mère-enfant " (Alice Doumic).

L'entretien que l'on a avec les parents obéit à une technique particulière qui vise, tout en les laissant parler et s'exprimer librement, à leur faire prendre conscience de certains problèmes.

Or ces parents qui viennent consulter pour un trouble de cet ordre chez leur enfant sont généralement très ambivalents,

même si ce sont eux qui décident la consultation.

Ils craignent le plus souvent d'être culpabilisés ou blessés dans leur narcissisme.

Certains ont tout fait pour leur enfant et celui-ci les déçoit. Alors ils accusent le conjoint, les grands-parents, l'école, l'enfant lui-même etc...et en désespoir de cause viennent voir le psychothérapeute à qui ils remettent l'enfant, un peu pour s'en débarrasser, et surtout en désirant qu'on ne les fasse pas participer, qu'ils ne soient pas impliqués dans le problème à résoudre. Leur attitude est toute de démission.

D'autres parents nient la gravité du problème de leur enfant et valorisent leurs méthodes d'éducation.

Souvent les parents, pour se déculpabiliser et éviter toute intrusion dans leur vie émotionnelle, cherchent au trouble de leur enfant une cause extérieure ("il est nerveux parce qu'il a mal au foie") .

Le psychothérapeute doit user de tact et de patience pour leur faire abandonner, dépasser, ces idées et doit, en posant judicieusement certaines questions, en soulignant de temps en temps un fait au cours de l'entretien, amener les parents à aborder des problèmes qu'ils avaient jusqu'alors, volontairement ou non, évités, et leur permettre d'exprimer des inquiétudes imprécises.

Ainsi tout en les éclairant on augmente leur acceptation de la réalité, leur lucidité, leur capacité de décision, on les sécurise.

Ainsi parfois à la suite de ce premier entretien certains parents en viennent-ils à modifier leur point de vue d'eux-mêmes et de leur enfant et adoptent-ils un nouveau comportement.

Quant au médecin que doit-il dire que doit-il faire? A travers les dires des parents il doit essayer de reconstituer une véritable "biographie" de l'enfant: savoir dans quelles conditions matérielles et affectives l'enfant a été accueilli à sa naissance dans cette famille; savoir combien de personnes gravitent autour de lui et ce qu'elles représentent pour lui; connaître son développement psycho-moteur, ses antécédents pathologiques (qui peuvent par leur gravité retentir sur le développement psycho-moteur); savoir si son évolution affective s'est effectuée normalement ou si elle s'est fixée, ou a dévié, ou a régressé et quelles sont les raisons de cette modification du développement normal.

Mais l'essentiel sera d'arriver à saisir la qualité du lien dynamique qui unit la mère à son enfant. On arrivera à cette connaissance par tout ce que raconte la mère, bien sûr, mais aussi par la manière dont elle le raconte et par son attitude, en présence même du médecin, envers son enfant.

On étudiera ainsi non pas seulement la mère mais ce que l'enfant représente pour la mère, comment elle conçoit son éducation, comment elle voudrait qu'il soit, de qu'il est réellement par rapport à cette image et les réactions qu'elle en éprouve.

A la fin de cet entretien le médecin peut alors donner des conseils du domaine de la puériculture. Ces conseils, qui ne semblent pas trop engager la vie émotionnelle des parents, seront généralement bien acceptés, encore qu'il faille parfois convaincre ces derniers de leur

nécessité et de leur efficacité.

Ils porteront d'une part sur les conditions d'un sommeil normal:

___ Le lit doit être suffisamment grand, à barreaux de préférence, de manière à ce que, lorsqu'il est couché, l'enfant puisse voir ce qui se passe autour de lui.

___ Une bonne température, ni trop chaude, surtout lors de l'endormissement, ni trop froide, surtout dans la deuxième partie de la nuit.

___ Pas de limitation dans les mouvements par un habillement trop serré (pyjama conseillé) .

___ Nécessité de l'obscurité la nuit après un an ; mais respecter le désir de l'enfant qui demande à s'endormir la porte ouverte.

___ Silence; le bruit est nocif au sommeil.

___ Chambre seule: après l'âge de 6 mois il est préférable pour tous que l'enfant ne couche plus dans la chambre des parents. Si l'enfant a un frère ou une soeur il est excellent de les mettre dans la même chambre.

___ Les rites du coucher doivent être respectés. Mais surtout, dans les heures précédant le sommeil on essayera d'apaiser l'enfant, de l'amener à un état de calme propice à l'endormissement. On le baignera, on lui donnera son repas, mais on évitera de jouer avec lui, ce qui crée généralement un état d'excitation peu favorable à l'établissement du sommeil.

Le cas est fréquent de ces familles dans lesquelles le père

ne rentre dans son foyer que le soir lorsque l'enfant, déjà baigné, est prêt à aller se coucher. Le père, qui n'a pas vu son enfant de la journée, veut alors "profiter" un peu de lui et s'en occupe intensément pendant un moment. Puis, sans transition, on met l'enfant au lit et on lui demande de dormir. Celui-ci ne demande, au contraire, qu'à continuer le jeu et parfois ne peut, parfois ne veut pas s'endormir; parfois même il attend son père avant de s'endormir, comme nous l'avons vu dans l'observation 7 .

___ Enfin, bien sûr, lorsque l'enfant se réveille la nuit ne pas le prendre dans les bras pour le consoler, ne pas le coucher dans le lit des parents. Il vaut toujours mieux que la mère console l'enfant petit, mais en le laissant dans son berceau.

Le médecin exposera ensuite aux parents les conditions les plus favorables pour une veille normale:

___ Besoin d'espace, besoin de liberté motrice de l'enfant que l'on promènera donc quotidiennement. Il est important que ce soit la mère (ou son substitut) qui promène l'enfant, et non pas une bonne ou une voisine, car la promenade crée un lien entre la mère et l'enfant et les enrichit tous les deux.

___ Pas trop d'interdictions motrices à la maison, pas trop de défenses.

___ Pas trop de rigueur dans l'éducation sphinctérienne. On ne doit pas demander à l'enfant de commencer à contrôler le sphincter anal avant 8 mois lors que la station assise

est bien acquise, le contrôle du sphincter vésical avant 13 , 14 mois lorsque l'enfant marche seul, et la propreté nocturne ne peut être exigée avant 18 mois lorsque l'enfant trotte.

___ Pas de stimulations excessives de la part des adultes et en particulier dans le domaine du langage (enfant unique dans milieu d'adultes) .

___ Pas de séparation mère-enfant si l'enfant est encore jeune.

___ Préparation indispensable à la naissance d'un autre enfant.

Cette mise au point étant faite, le cadre étant tracé, l'enfant peut " entrer en scène " et le psychothérapeute l'aborder.

Comment aborder, prendre contact ,
avec un petit enfant de 15 mois à 3 ou 4 ans ? Par la
situation de jeu.

Le jeu pour l'enfant c'est " moins la dépense
d'un excès d'énergie que l'expression du besoin de se mani-
fester inhérent à l'essence même de la vie ".

(H.Bittner Van Der Hecht)

Le jeu a été considéré très diversement suivant
les auteurs.

- Pour Karl Groos ce serait un entraînement aux activités futures, ce que madame Buhler et Henri Wallon appellent:le jeu fonctionnel (ainsi l'enfant exerce sa fonction phonatoire en répétant indéfiniment son gazouillis sans autre but que le perfectionnement de ce gazouillis).

- Pour Herbert Spēncer le jeu est l'utilisation d'un surcroît d'énergie.

- Pour Pierre Janet c'est une activité dégradée, parce qu'inutile, inadaptée .

- Pour Claparède le jeu est pour l'enfant un apprentissage de ce qui lui sera utile plus tard. Ainsi la petite fille joue à la poupée parce qu'elle a déjà l'instinct maternel et plus tard s'occupera d'un enfant.

- Pour d'autres auteurs, l'ontogénèse reproduisant la phylogénèse, l'enfant réinvente dans ses jeux ce qui, autrefois chez les peuples primitifs a été une activité utile; exemple: arcs et flèches.

- On a parlé de jeux de fiction, d'acquisition (l'enfant essaierait d'acquérir par identification à l'entourage) , de fabrication .

- Ajoutons encore la théorie du délassement, peu valable car l'enfant joue sans être fatigué et joue même parfois jusqu'à l'épuisement de ses forces.

- Reste enfin la théorie cathartique de Freud: le jeu aurait un rôle de sublimation, théorie sur laquelle se base en grande partie la psychothérapie.

- Quant à madame Montessori elle préconise que le développement spontané de l'enfant doit pouvoir se faire en toute liberté, afin que ses activités correspondent à ses besoins. Si l'adulte veut proposer des activités à l'enfant il doit tenir compte des "besoins" de celui-ci. L'enfant qui choisit l'activité correspondant à son besoin du moment s'y concentre et la répète inlassablement. Que l'on nomme cela "travail" ou "jeu" cette activité permet à l'enfant d'affirmer sa personnalité.

Le jeu permet à l'enfant de s'extérioriser et de projeter ses phantasmes. C'est l'expression de "sa recherche pour résoudre ses problèmes intérieurs" (A.Berge)

A travers le jeu l'enfant recherche la maîtrise de ses facultés: corps, langage, pensée, la conquête de sa personnalité. C'est le principe même de la psychothérapie. Mais dans une psychothérapie il y a plus encore, et le jeu sert de support au transfert qui est au fond l'essentiel pour amener l'enfant à la guérison.

Suivant l'âge les besoins changent, le jeu évolue.

Dans les premières semaines les jeux sont sensori-moteurs: l'enfant émet des sons, les répète, joue avec, sourit.

Puis apparaissent les circuits vision-mouvement: l'enfant regarde sa main et recommence inlassablement.

Petit à petit s'établit la coordination entre sensibilités internes musculaires et sensibilités externes: l'enfant joue avec sa main, fait marcher ses articulations; " ces jeux sensori-moteurs conduisent l'enfant à la connaissance de son corps et à celle des objets extérieurs "(R.Zazzo) . Il saisit les objets, les explore, suit des yeux.

A 6 mois apparaît le jeu de cache-cache. L'enfant aime également frapper les objets les uns contre les autres.

Puis très tôt, dès qu'il se tient assis, l'enfant empile les objets, ce qui nécessite une recherche du sens de la verticale et une certaine adresse du geste, et comporte en même temps le plaisir d'attente de la démolition. L'enfant "participe" à l'équilibre de sa construction.

Puis apparaît la marche et la conquête du monde extérieur et l'enfant pousse, roule, tire les objets. Après avoir exploré son corps il explore le monde extérieur, l'espace puis le temps. Mais la notion de temps qu'il acquiert est un temps vécu, en liaison avec le rythme d'autrui, et non un temps mathématique.

Au cours de la deuxième année le jeu fait appel à l'imitation. A 2 ans il est devenu en partie indépendant et commence à aimer s'habiller seul.

Après 2 ans l'imagination intervient et brode sur les faits observés. L'enfant, alors, commence à s'identifier aux adultes qui forment son entourage et il revit dans son jeu les scènes quotidiennes de sa vie. C'est là que se situe le rôle très important de la poupée qui prend sa place à lui,

L'enfant, tandis que lui-même assume le rôle parental. L'enfant va reproduire ainsi dans son jeu, par des petites "scènes", sa vie quotidienne, les sentiments qui l'animent vis à vis des personnes de son entourage, de sa mère en particulier dont il prend souvent la place dans le jeu. Il va ainsi exprimer ses problèmes et ce faisant prendre vis à vis d'eux une certaine distance. Ainsi pourra diminuer l'anxiété qui le trouble.

L'enfant de 2 ou 3 ans aime détruire, avant de savoir construire. La destruction lui donne une impression de puissance sur l'objet.

A 4 ans l'enfant a acquis une certaine habileté manuelle.

Au cours du jeu il n'est pas bon que l'enfant reçoive trop de défenses et d'interdictions. Il faut qu'il se sente fort; il sera alors pour l'adulte un auxiliaire pour sa propre éducation car il sera capable d'orienter son activité ayant acquis une certaine puissance sur lui-même.

Le psychothérapeute va donc aborder l'enfant dans une situation de jeu. C'est donc dans une salle de jeu qu'aura lieu leur premier contact. Dans cette pièce l'enfant va trouver:

- une ou plusieurs poupées avec vêtements et berceau;
- une dinette avec pots, assiettes, etc... et un biberon;
- des marionnettes qui pourront évoquer différents personnages familiaux;
- des animaux, par couple, avec leurs petits;
- un miroir, de la pâte à modeler, une boîte de peinture;

- et surtout, à portée de la main, de l'eau que l'enfant peut aller chercher à sa guise.

Mis en présence de toutes ces "merveilles" les enfants vont avoir des réactions très différentes qui renseignent déjà le médecin de façon intéressante.

L'enfant anxieux, inhibé, reste immobile, le regard apeuré, parfois littéralement "collé" à sa mère dont on ne peut le séparer. Il touche peu aux jouets malgré l'invitation du psychothérapeute, et s'il y touche c'est plus un inventaire qu'il fait qu'un jeu véritable.

Beaucoup d'enfants en situation de jeu régressent au niveau de conflits non liquidés. C'est ainsi que l'on peut voir un enfant de 3 ans s'emparer immédiatement du biberon et pendant des séances entières donner à boire à la poupée.

Parfois la destruction domine et empêche tout jeu organisé. Dans ce cas on trouve parfois à l'origine de ce comportement un ressentiment mêlé de culpabilité contre les parents, et une recherche de la punition.

Certains enfants ne sont pas du tout spontanés dans le jeu et rationalisent tout ce qu'ils font. Nous avons vu dans les exemples cliniques exposés précédemment l'importance d'une rationalisation trop précoce chez le petit enfant, et son retentissement néfaste sur le sommeil.

Enfin l'instabilité, l'imagination, l'intelligence, la qualité de l'affectivité de l'enfant transparaissent dans le jeu.

Pendant la première séance, qui se passe généralement en présence de la mère, l'initiative est laissée à l'enfant,

et le psychothérapeute peut en quelque sorte "faire le point" de la situation, apprécier les réactions de l'enfant, l'attitude de la mère et ses réactions devant l'activité de l'enfant qui, placé dans une situation tout à fait inhabituelle, a parfois des réactions très différentes de celles auxquelles on l'a habitué dans le milieu familial.

Le contact une fois établi la psychothérapie se poursuit dans des séances successives de jeu, pendant lesquelles on s'efforcera de valoriser dans un lien affectif tous les progrès moteurs de l'enfant. Ces progrès sont alors intégrés comme une puissance.

Un premier point très important consiste à faire prendre conscience à l'enfant de son corps et des possibilités qu'il lui offre. S'il s'agit d'un très petit enfant, de 18 mois à 2 ans par exemple, il va falloir lui faire prendre conscience de ce qu'il est une personne distincte des autres; distincte de sa mère en particulier, et que ce corps qui est le sien est composé de différentes parties qu'on lui apprendra à connaître.

Ainsi par exemple, quel que soit l'âge de l'enfant et ses acquisitions motrices, on pourra lui faire monter les escaliers: tenu dans les bras s'il ne marche pas (ou refuse de marcher) mais en lui faisant bien sentir chaque marche, tenu fermement par les deux mains s'il marche à peine, tenu d'une seule main ou seul s'il est déjà assez autonome. On lui fera ouvrir et fermer les portes, allumer la lumière électrique, ouvrir les robinets d'eau, toutes choses bien minimes en elles-mêmes mais qui donnent à l'enfant qui les

réussit un sentiment de puissance.

De plus des mouvements tels que la marche, la course, la montée des escaliers déclenchent en eux certaines cénesthésies qui les aident à prendre conscience de leur corps.

On aide également l'enfant à connaître les différentes parties de son corps et pour cela on lui fait par exemple toucher du doigt une partie de son visage puis la partie homologue du visage du psychothérapeute. On lui montre sa main, ses doigts, puis la main, les doigts du psychothérapeute. Le même travail peut se faire en utilisant une poupée. De même lorsque l'enfant monte un escalier par exemple on lui fait prendre conscience de ses pieds et de ses jambes qui lui servent pour cette activité.

On lui fait entendre tout près de l'oreille un bruit léger tel qu'un grelot et en même temps on lui fait toucher son oreille. On lui fait toucher des choses qui piquent, qui mouillent, qui sont chaudes ou froides. On lui fait lancer une balle, porter quelque chose de lourd ou d'emcombrant, donner un coup de pied, lâcher volontairement un objet, courir, sauter.

Petit à petit un lent travail d'assimilation s'opère chez l'enfant et, après un certain nombre de séances où l'on pourrait croire que c'est le psychothérapeute qui fait tout le travail, un beau jour, brusquement, l'enfant de lui-même montre la bouche de la poupée puis la sienne et ainsi de suite.

Les enfants petits aiment d'ailleurs généralement beaucoup cette sorte de jeu et y sont très attentifs.

Tout en leur désignant de la voix et du geste les différentes parties du corps on leur en indique l'usage.

Nous avons déjà vu les jambes lors de la montée des escaliers. Il en sera de même pour la bouche "pour boire" et l'on fait boire le bébé, puis boire l'enfant. Cette fois c'est un vrai jeu organisé et l'enfant y participe spontanément et activement. On fait la dinette et l'on boit dans la tasse, on mange avec la cuiller, on coupe avec le couteau. On couche la poupée, on la lave et au fur et à mesure on indique à l'enfant chaque partie du corps.

Lorsque l'enfant a acquis une certaine autonomie, une certaine conscience de son moi, de son individualité, on peut le placer devant un miroir.

Vers un an l'enfant est capable de distinguer une personne étrangère et son image (car les deux sont dans le même espace optique) mais il faut attendre qu'il ait plus de 2 ans pour qu'il se reconnaisse lui-même dans le miroir et s'attribue à lui-même sa propre image.

A un degré de plus l'enfant, non seulement connaît son corps, mais il est capable d'en projeter l'image sur autrui et il peut ainsi par exemple habiller une poupée.

Progressivement ainsi le schéma corporel s'élabore et cette acquisition est parmi les plus importantes pour les progrès de l'enfant vers son autonomie qui est le but que doit poursuivre toute éducation.

En même temps que les notions corporelles l'enfant va acquérir les notions d'espace et de temps et la notion de proportion. La notion d'espace s'acquiert d'elle-même au fur et à mesure que l'enfant apprend à se connaître lui-même et

à se connaître comme individu indépendant du monde extérieur. L'enfant différencie les sensations venues de son corps et qui ont une coloration affective, des sensations venues de l'extérieur. L'appréciation des "données spatiales" se fera empiriquement par les mouvements et aboutira à une connaissance implicite et non consciente et réfléchie.

La vue joue évidemment un rôle fort important dans l'appréciation de l'espace, mais aussi l'appareil d'équilibration vestibulaire qui renseigne sur l'orientation subjective dans l'espace, la position par rapport aux objets, aide à la perception de la topographie des choses dans l'espace et au rapport des choses entre elles.

La notion de temps chez l'enfant est toute subjective et non mathématique. Pour lui le temps est rythmé par les phases alternées d'activité et de repos, de veille et de sommeil, par les repas, les promenades, l'arrivée du père ou de la mère qui travaillent. Les enfants anxieux n'ont pas la notion du temps.

Quant à la notion de proportion elle s'acquerra progressivement. L'enfant très tôt aime emboîter, empiler, emplir, remplir d'eau surtout. Les jeux avec de l'eau occupent souvent une grande partie de la séance de psychothérapie. Parfois l'eau ne représente pour l'enfant rien de plus qu'un jeu (d'autant plus agréable qu'il est généralement défendu à la maison par la mère) et l'enfant verse inlassablement l'eau d'un récipient dans l'autre ou la répand sur le sol. Mais souvent l'eau prend valeur de symbole, et c'est le lait du biberon, la soupe du bébé, ou même (traduction parfois d'un conflit familial) "du pipi" .

Pendant toutes ces séances de jeu on parle avec l'enfant, qui souvent d'ailleurs pose des questions, surtout lorsqu'il en est au stade où il apprend le nom des objets.

Le langage employé par l'adulte lorsqu'il s'adresse à l'enfant a une grande importance.

Nous avons vu dans les observations comment un enfant entend parfois parler constamment autour de lui un langage supérieur à celui de son âge. Dans ces cas là on sera obligé de revenir en arrière, de régresser en quelque sorte, pour retrouver un langage qui soit au niveau de celui de l'enfant. L'enfant tiré à une hauteur qu'il ne peut atteindre, à qui on demande un effort qu'il ne peut faire puisqu'il n'est pas physiquement et psychologiquement mûr pour cela, en ressentira anxiété et insécurité.

On doit donc dans tous les cas rester au niveau de l'enfant et ne pas craindre de parler "bébé" si l'on s'adresse à un bébé. Mais ce qui compte plus encore que les mots employés c'est le ton avec lequel l'adulte s'exprime, et l'enfant tout petit qui comprend peu ou pas les mots prononcés ressent toute décharge affective contenue dans le ton de la voix, et c'est à cela qu'il répond.

Enfin avec des enfants de 2 ou 3 ans, qui déjà ont un bon langage et comprennent facilement le langage courant, il faut se garder de trop rationaliser, et leur fournir un minimum d'explications. Il faut savoir ne pas répondre aux innombrables "pourquoi" de ces enfants, excités psychiques, car le langage alors devient chez eux un moyen parfois exclusif de communication avec autrui. S'il en est déjà ainsi il faut rechercher ce qui dans la situation familiale entraîne chez l'enfant la

recherche de ce mode de contact avec l'adulte. On peut ainsi être amené à essayer de retransposer le lien mère-enfant (généralement au centre du problème) sur un plan plus d'instinct et moins intellectuel.

Enfin au cours du jeu l'enfant, surtout lorsqu'il atteint l'âge de 3 ou 4 ans, exprime les problèmes qui le préoccupent et esquissent les personnages familiaux par la reproduction de scènes de sa vie quotidienne.

Mais l'essentiel de ces psychothérapies consiste en la qualité de la relation qui s'établit entre l'enfant et le psychothérapeute. Celui-ci ne juge ni ne condamne mais l'enfant sent "une compréhension affectueuse de sa part". L'enfant se sent accepté tel qu'il est. L'attitude, permissive au début, du psychothérapeute (différente généralement de l'attitude de la mère qui, pour des raisons d'éducation est plus ou moins interdictrice) permet une sorte de "déconditionnement" (Alice Doumic). Plus tard le psychothérapeute peut intervenir dans le jeu pour reprendre le comportement de l'enfant dans un sens éducatif.

La projection positive sur le psychothérapeute est le premier pas indispensable au rapprochement mère-enfant (et non pas, comme on pourrait le craindre un risque pour ce rapprochement). L'affection donnée au psychothérapeute appartient à un stade de difficultés (et pendant lequel on aide l'enfant) qui sera dépassé . Elle devient sans objet lorsque la normalité est rétablie et les sentiments suivent le chemin naturel qui conduit l'enfant vers sa mère .

Le psychothérapeute se servira de la relation positive qu'il a avec l'enfant pour l'aider justement à prendre conscience de ses problèmes , de son anxiété.

Au cours des séances de psychothérapie l'agressivité, en pouvant librement se manifester, devient recherche d'affirmation de soi. L'anxiété diminue, la tension intérieure tombe, l'enfant acquiert une vue plus objective, une meilleure appréhension de la réalité.

Par la voie du jeu symbolique l'enfant retourne facilement vers des stades antérieurs de son développement. " Il y retrouve ses modes de réaction infantiles qui, parcequ'ils ont survécu à leur stade normal, sont devenus la cause de sa désadaptation " (Magnent- Loosli- Usteri). S'il les extériorise sans réprobation, il s'en débarrassera.

Enfin au cours d'une psychothérapie il faut tenir compte du fait que l'enfant évolue continuellement, surtout sous l'influence du traitement, et le psychothérapeute doit suivre cette évolution et s'y adapter.

Mais si la relation enfant-psychothérapeute est importante, la relation mère-enfant l'est plus encore et c'est sur elle que le médecin tentera d'agir non seulement par son action sur l'enfant mais également sur la mère.

Ainsi les séances de jeu avec l'enfant seront-elles doublées parallèlement d'entretiens avec la mère , souvent

même avec les deux parents. Fréquemment ces entretiens ont lieu à la fin de chaque séance de jeu. Parfois il est préférable de demander à la mère de revenir seule un autre jour.

La mère qui s'entretient avec le psychothérapeute est amenée par celui-ci à parler d'elle-même et de ce fait prend conscience de certains problèmes et se connaît mieux.

" Les deux plus grandes tâches de la femme en tant que mère consistent à fonder d'une manière harmonieuse son unité avec l'enfant et à la dissoudre harmonieusement plus tard. "

(Helena Deutsch) . Toute la psychothérapie entreprise avec la mère ne tend qu'à lui faire prendre conscience de ceci et à l'aider à le réaliser.

Au cours de ces entretiens la mère pourra librement parler de son enfance, de sa relation avec sa propre mère ainsi qu'avec toute sa famille, de la manière dont elle conçoit la relation avec son enfant, ce que celui-ci représente pour elle, ce qu'elle en attend. Il faut arriver à amener la mère à se rendre compte que son attitude envers son enfant est fonction de son propre passé psychologique.

- Certaines mères très narcissiques désirent que leur enfant s'identifie totalement à elles-mêmes et c'est elles-mêmes qu'elles aiment dans leur enfant.

- D'autres recherchent en leur enfant ce dont elles manquent elles-mêmes et, voulant donner l'exemple, se forcent à jouer le personnage qu'elles auraient voulu être.

" Une mère ne doit pas rechercher dans son enfant d'autres buts que ceux de son existence à lui " (Helena Deutsch) .

- Certaines mères qui n'ont pas une relation émotionnelle satisfaisante avec leur enfant placent leur lien sur le plan intellectuel et éducatif.

- Certaines mères enfin sont hostiles et même agressives vis à vis de leur enfant qui contrarie parfois leurs ambitions esthétiques, intellectuelles ou amoureuses. Ces mères, généralement, provoquent l'agressivité de leur enfant et ne peuvent la supporter.

Par ailleurs la relation de la mère avec son enfant ne peut être normale que si la mère est psychologiquement équilibrée. Cet équilibre dépend en majeure partie de sa relation conjugale satisfaisante ou non et le psychothérapeute pourra parfois aider la mère à résoudre certains problèmes dans ce domaine.

La prise de conscience de son attitude véritable vis à vis de son enfant détend la mère, lui permet de modifier son comportement, et il en résulte souvent une modification du comportement de l'enfant. Et " c'est seulement au bout de plusieurs mois de traitement que la signification réelle de la relation mère-enfant se dessine, au début ce n'est qu'une hypothèse, le diagnostic s'élabore en même temps que le traitement " . (Clément Launay) .

Mais lorsque la mère a bien saisi la nature du lien qui l'unit à son enfant, lorsqu'on a redressé les erreurs ou les hésitations, il faut expliquer et faire admettre à la mère que cette relation avec son enfant n'est " qu'un stade temporaire de son existence " (Helena Deutsch) . Il faut qu'elle comprenne que toute l'éducation qu'elle donne doit viser non pas à le rapprocher d'elle, mais à en faire un être autonome et indépendant qui obligatoirement va petit à petit se détacher d'elle. Mais il faut que la mère accepte

profondément cette séparation qui est pour elle quelque chose de très dur. Le rôle du médecin est justement de lui montrer que ce n'est qu'en acceptant et en construisant activement cette séparation qu'elle peut rendre service à son enfant . On rencontre parfois sur ce point des résistances difficiles à vaincre, surtout si la mère a des tendances névrotiques. Dans ce cas elle résiste aux efforts que fait son enfant pour s'autonomiser et se séparer d'elle et ressent une angoisse profonde lors de cet "éloignement progressif".

Il est bon aussi pour la mère qu'elle rencontre d'autres mères ayant des problèmes analogues. Cette confrontation entraîne souvent une diminution de l'anxiété.

Tout ce que nous venons d'exposer est encore plus précis et plus important lorsqu'il s'agit d'un garçon que d'une fille car dans ce cas la mère doit, non seulement laisser son enfant s'éloigner d'elle petit à petit, mais elle ne doit pas rechercher une identification à sa propre personne (risque de féminisation parfois évident), mais au contraire favoriser le rapprochement et l'identification avec le père.

Le rôle de ce dernier est très important dans la vie de l'enfant. Il est bon que le psychothérapeute ait quelques entretiens avec lui de manière à mieux "sentir" l'atmosphère familiale dans laquelle vit cet enfant, comprendre les méthodes éducatives employées, parfois rassurer, éclairer un père trop anxieux, parfois le conseiller. Celui-ci représente pour l'enfant l'autorité, la fermeté, mais également la sécurité, la force sur laquelle on peut s'appuyer.

Au total les entretiens que le psychothérapeute aura avec les parents au cours d'une psychothérapie d'enfant auront pour but, non pas de leur donner beaucoup de conseils éducatifs ou autres, mais de rendre les parents responsables.

Nous allons maintenant exposer, à titre d'exemple, le déroulement de quelques psychothérapies à propos des enfants que nous avons présenté précédemment.

Josiane (observation I) était à l'arrivée, le 25 avril, une vigoureuse petite fille, commençant à marcher mais encore assez maladroite et pataude, disant quelques mots.

La mère, qui l'amenait, était une jeune femme mince, blonde, d'allure craintive, surtout anxieuse et déprimée, pleurant plusieurs fois au cours des premiers entretiens.

La séparation provoque les larmes de la mère et les hurlements de l'enfant. Durant ce premier jour d'hospitalisation l'enfant reçoit: largactil 6 gouttes et gardénal 0,02 g. Malgré ce traitement elle ne dort pas et pleure toute la nuit.

Le 26 Josiane était toujours hurlante si on faisait mine de l'approcher.

Le 27 après une nuit de sommeil calme, toujours sous traitement, elle reste encore très opposante et pleure sans arrêt dès qu'on veut s'occuper d'elle. Durant les jours suivants cependant elle s'apaise un peu et on peut l'emmener en salle de jeu en présence de la mère et de deux médecins. L'enfant accepte les activités proposées (dinette, etc...) mais n'établit de contact qu'avec une seule des trois personnes adultes présentes et elle ignore en particulier la mère qui d'ailleurs n'essaie pas de participer au jeu de l'enfant.

Le 5 mai elle dort bien, toujours sous traitement. Elle est devenue beaucoup plus sociable et ne pleure presque plus. Les premières visites de la mère n'ont été que larmes de part

et d'autre, actuellement lorsque sa mère vient l'enfant joue avec elle et ne pleure que lorsque celle-ci la quitte. Josiane est plus sociable et va volontiers vers les autres enfants. Elle gazouille beaucoup en souriant, dit quelques mots.

En séance de jeu elle ne se fixe pas longtemps à la même activité. Elle aime faire la dinette mais vis à vis des poupées elle a un comportement tout à fait particulier: elle les jette violemment par terre et refuse de s'y intéresser (alors qu'elle ne jette pas par terre les autres jouets) . Elle aime monter et descendre les escaliers, ouvrir les portes. Elle marche seule mais ne monte encore l'escalier que très bien tenue. Elle gazouille beaucoup, surtout en montant l'escalier qui conduit à la salle de jeu.

Le 17 mai elle continue à bien dormir, malgré la suppression du gardénal.

Les rapports avec la mère se sont améliorés. Josiane joue volontiers avec elle, lui tend les bras, la cherche lorsqu'elle se cache et, contrairement à ce qui se passait au début, quitte les infirmières pour aller spontanément vers elle lorsqu'elle arrive.

En séance de jeu elle joue beaucoup plus et s'intéresse aux poupées avec lesquelles elle est devenue moins brutale; elle gazouille maintenant beaucoup.

Josiane sort le 24 juin très améliorée. Les deux mois d'hospitalisation ont permis un déconditionnement qui autorise maintenant le retour en milieu familial. A l'époque de sa sortie elle dort régulièrement, mange bien,

et le lien avec la mère s'est notablement amélioré: la séparation se fait sans larmes et crises de désespoir comme au début. Par contre lorsque la mère arrive l'enfant est très contente et court vers elle avec joie. Enfin Josiane fait participer la mère à ses jeux, beaucoup mieux qu'au début.

En salle de jeu elle est très détendue et joue beaucoup. De temps en temps elle est très agressive, jette tout par terre et le piétine, mais le plus souvent elle donne à manger à la poupée, la berce, gazouille toujours beaucoup. Sur le plan moteur elle marche seule et court, elle monte les escaliers tenue à deux mains.

Elle quitte l'hôpital pour entrer dans un nouveau foyer: elle ne retourne pas chez les grands-parents mais dans un appartement neuf que les parents viennent d'obtenir et dans lequel ils ont l'intention de faire revenir la soeur jusqu'alors élevée à la campagne.

Après sa sortie l'enfant est revue deux fois en psychothérapie ambulatoire.

Lors d'une première séance en juillet Josiane reconnaît l'hôpital, la salle de jeu, le psychothérapeute et paraît très contente. Elle joue bien mais ignore totalement sa mère qui reste assise, immobile, dans la salle de jeu. Josiane agit comme si elle était seule avec le psychothérapeute et fait des difficultés pour partir.

Lors d'une deuxième séance quelques jours après la mère arrive fatiguée, déprimée, plaintive. Elle a peur de l'avenir, peur de la rechute, peur des vacances (qui vont entraîner de nouveau une cohabitation plus étroite), peur de reprendre

son deuxième enfant, peur de ce qu'elle devra faire "si Josiane en pleurant réveille sa sœur la nuit" ! Josiane est, elle, très excitée, jette tout par terre, casse, démolit, refuse de s'intéresser aux poupées (qu'elle jette par terre comme au début). Mais cette fois-ci elle fait participer sa mère au jeu (va lui montrer ses mains mouillées, etc...).

On conseille alors à la mère de partir en vacances, de donner à l'enfant de l'atarax (une cuillère à café matin et soir) ,et on lui demande de revenir au retour des vacances.

On revoit Josiane en septembre. Elle dort bien, joue bien. La mère est très détendue. Elle se plait beaucoup dans le nouvel appartement. Le père est également très content de ce changement de vie et l'ambiance familiale est meilleure. La mère cependant, toujours anxieuse, manifeste quelques inquiétudes au sujet de la sœur de 3 ans qui va rentrer.

Environ cinq mois après l'enfant est revue à l'occasion d'une visite de la mère qui vient chercher un certificat.

Josiane se présente alors comme une petite fille très vigoureuse, tout à fait autonome, très excitée. Elle a maintenant un très bon lien avec sa mère à qui elle porte tous les jouets qu'elle trouve dans la salle de consultation.

La mère apparaît comme une jeune femme faible. L'aînée est "comme Josiane", dit-elle, et cette jeune mère (qui était jusqu'à il y a encore quelques mois dans l'ombre de sa propre mère) est certainement débordée par ces deux enfants trop "vivants". (Durant la consultation elle cède dix fois à Josiane qui lui réclame impérieusement un bonbon avec menace de cris et de pleurs si on ne lui cède pas).

Trois semaines après on est amené à revoir Josiane à l'occasion d'une rechute: Josiane se réveille la nuit, appelle sa mère et réclame à boire .

Simultanément la mère présente un état dépressif (elle arrive les larmes aux yeux à la consultation) et l'interrogatoire révèle l'existence d'une mésentente conjugale.

On conseille:atarax et largactil pour l'enfant,
niamide pour la mère ,
et on leur conseille de revenir une semaine plus tard.

Depuis on n'a plus aucune nouvelle de Josiane.

Yves (observation II) se présentait comme un petit garçon tout à fait intelligent et de bonne qualité mais très immature sur le plan affectif.

Après la première entrevue on supprime toute médication, et on entreprend une psychothérapie de maturation destinée à lui faire dépasser le stade infantile où il est resté fixé dans le domaine affectif, et à lui faire franchir les étapes de son développement qu'il n'a pu atteindre seul.

On lui fait prendre conscience de lui-même, de ses problèmes actuels. On lui parle beaucoup, de manière à établir avec lui un lien sur le plan du langage qui est justement un domaine dans lequel il est frustré.

Parallèlement on voit la mère et, en des entretiens successifs, on lui montre comment elle a démissionné de son rôle de mère vis à vis de son fils en le confiant toujours à des bonnes au lieu de s'occuper de son éducation, et également en donnant un rôle maternel au père , puisque c'est lui qui se levait la nuit lorsque l'enfant pleurait. On l'amène ainsi à prendre conscience du fait qu'au fond elle a peur de la virilité de cet enfant.

Progressivement on essaye de la faire participer à l'évolution de son fils. On lui demande par exemple de promener elle-même Yves.

On arrive ainsi petit à petit à rendre la mère active et responsable et en une dizaine de séances la guérison a été obtenue complètement.

Brigitte (observation I2) présentait un retard global. Nous avons vu comment la frustration maternelle l'avait en quelque sorte fixée dans une étape assez primitive de son développement psycho-moteur et comment depuis aucun progrès, ou presque, n'avait été fait, tant dans le domaine du langage, que de la motricité, du contrôle sphinctérien ou de l'affectivité.

La psychothérapie chez elle a été très longue (elle a duré presque un an) .Il a fallu travailler dans tous les domaines précités mais petit à petit des progrès sont apparus. Bien que l'anorexie persiste, l'enfant a grossi. En un mois la propreté diurne et nocturne étaient acquises. L'enfant devenait plus gaie et active dans le jeu. Le langage enfin est apparu, mais il a commencé à un stade très primitif, comme s'il y avait eu fixation à ce stade, et trois à quatre mois après le début de la psychothérapie l'enfant s'est mis à jargonner.

Malheureusement le travail parallèle effectué avec la mère n'a pas donné les résultats escomptés, et celle-ci, très narcissique et fort peu liée à sa fille, n'a cessé de nier les progrès de Brigitte.

C O N C L U S I O N S

L'évolution de l'enfant se fait suivant certaines directions et passe par des stades, toujours les mêmes, bien caractérisés. Mais les différentes acquisitions se font, tant dans le domaine moteur, qu'intellectuel ou affectif à des vitesses variables suivant l'individu, les conditions sociales et surtout le milieu.

Lorsqu'une dysharmonie de développement s'est créée, elle se manifeste fréquemment chez l'enfant par des troubles somatiques, troubles du sommeil en particulier.

Le traitement de ces troubles somatiques va donc nécessiter un abord psychologique de l'enfant et des parents.

Le but de ce traitement sera de tenter de rétablir " l'harmonie " en facilitant la maturation des fonctions en cause chez l'enfant. Ce sera souvent une immaturité affective que l'on aura à corriger et on devra toujours essayer de pénétrer avec grande attention la nature du lien mère-enfant qui est la pierre de touche de l'équilibre psychologique du petit enfant.

Il sera donc nécessaire pour cela de travailler autant avec la mère qu'avec l'enfant.

L'enfant sera abordé dans une situation de jeu qui lui permet de s'exprimer librement, et qui surtout sert de base au transfert, élément essentiel et véritablement " thérapeutique " de la psychothérapie .

Lu et approuvé
Le président du jury
signé: Marcel LELONG

Vu
Le Doyen
signé: LEON BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'académie de Paris
signé: Jean ROCHE

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- BERGE A. -- Les buts de l'activité enfantine et les périodes sensibles.
(Conférence de l'École des parents, 1949-50, n°3 déc.49).
- BERGERON M.M. -- Problème de la maturation.
Premier congrès européen de Pédo-psychiatrie
16-20 sept. 1960 .
(Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance. Janv.Fév. 1961).
- BITTNER VAN DER HECHT H. -- Les jeux de l'enfant.
(Revue: l'enfant , 1953).
- CARMICHAEL -- Manuel de psychologie de l'enfant .
- CHAILLEY-BERT -- Basés de l'éducation physique chez les enfants de 2 à 6 ans.
(L'école maternelle française, juil.1953, 30èmeA.,n°10).
- DEBRE Robert et DOUMIC Alice -- Le sommeil de l'enfant avant 3 ans.
- DEUTSCH Helena -- La psychologie des femmes .
- DOUMIC Alice -- L'insomnie du petit enfant.
(Journées Pédiatriques 1951).
- DOUMIC Alice -- Liens affectifs entre la mère et son enfant.
(Journées Pédiatriques 1960).
- EGGER E. -- Observations et réflexions sur le développement et l'intelligence chez les enfants.

- Mme FAVEZ-BOUTONNIER -- Problème de la maturation.
Premier congrès européen de Pédo-psychiatrie
16 - 20 sept. 1960
(Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène
mentale de l'enfance. Janv. Fév. 1961).
- FOISSIN M. -- La mère et l'enfant.
(Maroc médical, Janv.1958, 37 ème A.; n° 392).
- GESELL -- Embryologie du comportement.
- GREENACRE Phyllis -- Quelques considérations sur la
relation parents- nourrissons.
(Revue française de psychanalyse, XXV , Janv.Fév.1961).
- HUSQUINET A. -- L'épanouissement de l'enfant, le recours
au psychologue.
(Centre d'études et de documentation sociales de la
province de Liège (Belgique), n°12, 13èmeA., déc.1959),
- JENDON Robert -- Vie du corps et éducation physique de
l'enfant.
(Extr.:Psychologie de l'enfant de la naissance à
l'adolescence, cahiers réalisés sous la direction
de M.Debessee; cahiers de Pédagogie moderne,éd.Bourrellier).
- KOHLER -- L'enfant dans sa famille vis à vis de ses père
et mère.
(Rééducation n° 77-79, Juin-JUIL.,Août 1956).
- KOUPERNIK Cyrille -- Développement psycho-moteur du
premier âge.
- KREISLER -- Troubles du sommeil du jeune enfant.
(Actualités Pédiatriques 1961).
- LAUNAY Clément , DOUMIC Alice , TRELAT Jean --
Problème de la maturation.
Premier congrès européen de Pédo-psychiatrie.
16 - 20 sept. 1960
(Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène
mentale de l'enfance. Janv. Fév. 1961).

LAUNAY Clément , TRELAT J. , VERLIAC , Mme LEFEBVRE
Anorexie mentale de la petite enfance et comportement
dans la salle de jeu.

(Archives françaises de Pédiatrie 1956, XIII, n°8).
(Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène
mentale de l'enfance, 1956, n° 7 - 8).

LOOSLI-USTERI Marguerite -- Un cas de bégaiement guéri
par la méthode du jeu projectif.

(Journal de neurologie, de psychiatrie et de médecine
psycho-somatique. L'Encéphale 1951, XL , n°6).

MALRIEU Ph. -- Quelques problèmes de la vision des
couleurs chez l'enfant:

(Journal de psychologie normale et pathologique
Avr.Juin 1955) .

MORVAN -- Conscience spatiale, image motrice.
Rapport présenté au symposium de la Polio en Fév.1956
à Nantes.

(Revue de kinésithérapie, n° 56 , 1er trim. 1956).

PROST Pierre -- Rééducation psychothérapique.

(Ed. J.Oliveri 1949).

RAMBERT Madeleine M. -- La vie affective et morale
de l'enfant .

SEIGNOT J.N. -- Etude physiologique et psychologique
du sommeil .

(Thèse de Paris, 1953) .

SORRATE ZARAGOZA A. -- Influencia de la familia sobre
el desarrollo emocional del niño .

(Revue espagnole de Pédiatrie , Nov.Déc. 1958, XIV,n°84).

SPITZ -- La première année de la vie de l'enfant.

(P.U.F. 1958) .

VEDRINE J. -- L'apprentissage des perceptions à l'école maternelle.

(Extr.: Psychologie de l'enfant de la naissance à l'adolescence, cahiers réal. dir. M.Debessee).

VINCENT Michèle -- Le langage de l'enfant.

(Extr.: Psychologie de l'enfant de la naissance à l'adolescence, cahiers réal. dir. M.Debessee).

WALLON HENRI -- Le jeu chez l'enfant.

(cours de Pédiatrie sociale , 1958) .

WALLON HENRI -- Importance du mouvement dans le développement psychologique de l'enfant.

(rapport fait à la société française de psychologie , séances de la section de psychologie de l'enfant et de l'éducation 1956.

Publié dans la revue Enfance, 1956, n°2) .

WALLON HENRI -- Kinésithérapie et image visuelle du corps propre chez l'enfant.

(Bulletin de psychologie , VII , 1954, n°5 spécial) .

ZAZZO René -- Le jeu chez l'enfant.

(Leçons sur la psychologie de l'enfant;
Bulletin de psychologie 13 mai 1956) .

ZAZZO RENE -- Les jeux et la psycho-motricité de l'enfant.

(L'école maternelle française, Juil. 1953, 30ème A., n°10).



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •

Téléphone : ODÉon 58-90